



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Perceção da Conjugalidade por Pais de Crianças e Jovens com Doença Crónica

Daniela Maria Teles Costa (e-mail: daniela-teles@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Especialização em Psicologia Clínica e Saúde, Subárea de Especialização em Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação da Professora Doutora Madalena de Carvalho.

Perceção da Conjugalidade por Pais de Crianças e Jovens com Doença Crónica.

Resumo: O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a perceção da conjugalidade por pais de crianças e jovens com doença crónica (n=32), estabelecendo uma comparação entre estes e um grupo de pais de crianças e jovens saudáveis (n=30), de modo a averiguar a eventual existência de diferenças significativas. Pretendemos também atender a algumas variáveis sócio-demográficas (sexo, meio de residência e habilitações literárias), familiares (duração da relação de casal e etapa do ciclo vital da família) e relacionadas com a doença (fase psicossocial e gravidade percebida) que podem funcionar como mediadoras. Para tal, recorremos a um *Questionário Sóciodemográfico e de Dados Complementares*, à *Escala de Ajustamento Mútuo* (EAM) e à *Escala de Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade* (ENRICH).

Os resultados mostram que o estado de saúde do filho (presença de doença vs. ausência de doença) influencia a perceção do ajustamento conjugal. Quanto à interação estado de saúde do filho/variáveis mediadoras, constatou-se que a interação estado de saúde do filho/sexo e estado de saúde do filho/etapa do ciclo vital da família influencia a perceção das suas dimensões. Relativamente ao funcionamento conjugal, os resultados indicam que o estado de saúde do filho influencia a perceção das suas dimensões. Quanto às variáveis mediadoras, os resultados mostram que a interação estado de saúde do filho/sexo e estado de saúde do filho/etapa do ciclo vital da família influencia a perceção das suas dimensões. No que diz respeito às variáveis relacionadas com a doença, verificou-se que a fase psicossocial influencia a perceção das dimensões do ajustamento e do funcionamento conjugal.

Além de poder impulsionar novos estudos e conclusões, esta investigação pode contribuir, em diversificados contextos de intervenção, para auxiliar interventores no apoio a prestar a indivíduos e casais.

Palavras-chave: Doença crónica, conjugalidade, ajustamento conjugal, funcionamento conjugal.

Perception of Conjuality by Parents of Children and Young People with Chronic Illness

Abstract: The present study aims at assessing the perception of conjuality by parents of children and young people with chronic illness (n=32), and comparing between them and a group of parents of healthy children and young people (n=30) in order to ascertain whether there are significant differences. It also intend to address some social demographic variables (gender, environment of residence and academic qualifications), family (duration of the couple relationship and family life cycle stage) and related to the illness (psychosocial stage and perceived seriousness) that can operate as mediators. To this end, a *Social Demographic and Supplementary Data Questionnaire*, the *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) and the *Enriching & Nurturing Relationship Issues, Communication & Happiness* (ENRICH) were used.

The results show that the child's health condition (presence vs. absence of illness) influences the perception of marital adjustment. As for the interaction child health condition/mediating variables, was found that the interaction child health condition/gender and child health condition/family life cycle stage influences the perception of its dimensions. As for the marital functioning, the results indicate that the child health condition influences the perception of its dimensions. As for mediating variables, was found that the interaction child health condition/gender and child health condition/family life cycle stage influences the perception of its dimensions. With regard to illness-related variables, was found that the psychosocial stage influences the perception of the marital adjustment dimensions and the marital functioning dimensions.

In addition to encourage new studies and conclusions, this research can contribute to help therapists and interveners in providing support to individuals and couples, in various contexts of intervention.

Keywords: Chronic illness, conjuality, marital adjustment, marital functioning.

Agradecimentos

Aos meus queridos pais, Lurdes e Zé. Minhas âncoras de suporte. Por vós e para vós este trabalho. Pelo amor que me dão e por me tornarem possível este caminho. Um muito obrigada.

Um agradecimento especial ao meu irmão Edgar por estar sempre presente quando mais preciso. Por ser tanto para mim. Amigo, ouvinte, tranquilizador... tudo! Foram constantes as palavras de apoio, incentivo e sabedoria. Sem ti a concretização deste percurso ser-me-ia impossível. Eternamente grata pela força e pelo carinho que recebi.

À minha querida avó Deolinda Teles. Onde quer que esteja, sei que me acompanha e acarinha. Sinto-me grata pelo amor, pelos ensinamentos, pelo orgulho e apoio incondicional. Um obrigada imensamente saudosos.

A ti Tozé, pelo amor, paciência e suporte. Pelo apoio incondicional, por acreditares sempre em mim e por fazeres tudo parecer tão mais simples. Obrigada por caminhares a vida de mãos dadas comigo.

A todas as minhas amigas por tudo o que vivemos e partilhámos.

À Joana pelas alegrias, sorrisos, apoio e amizade partilhados ao longo destes anos.

Ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra por gentilmente me ter acolhido e por me ter permitido iniciar a tão almejada prática clínica.

À Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, à Associação de Pais e Amigos da Criança com Cancro e à Associação de Apoio à Inclusão do Cidadão com Trissomia 21, por terem tornado a concretização deste trabalho possível.

Aos participantes deste estudo por aceitarem o desafio da partilha da sua conjugalidade.

À Dra. Piedade Leão. Sempre apoiante, neste percurso, por vezes tumultuoso. A minha expressão de gratidão pela aprendizagem que me proporcionou ao longo deste caminho.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Madalena de Carvalho, pela orientação, sapiência, suporte e por todas as palavras e sorrisos de incentivo. O meu profundo expressar de gratidão.

E a todos aqueles, que de uma forma ou de outra, estiveram comigo neste percurso. Nem mil linhas bastavam para agradecer a todos os que foram figuras de referência neste caminho, tão importante e significativo para mim. A todos vós, o meu tão obrigada!

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	1
1.1. Doença Crónica na Família	1
1.2. Doença Crónica Pediátrica e Sua Vivência Parental	5
1.3. Impacto da Doença Crónica de um Filho na Relação Conjugal	7
II – Objetivos	12
III - Metodologia	13
3.1. Caracterização da Amostra	13
3.2. Instrumentos	17
3.3. Procedimentos de Investigação	20
3.4. Procedimentos Estatísticos	21
IV - Resultados	23
4.1. Características Psicométricas dos Instrumentos	23
4.2. Ajustamento Conjugal	24
4.3. Funcionamento Conjugal.....	27
4.4. Subamostra Cônjuges com filhos com Doença Crónica: Ajustamento Conjugal	32
4.5. Subamostra Cônjuges com filhos com Doença Crónica: Funcionamento Conjugal.....	33
V – Discussão	35
VI – Conclusões	48
Bibliografia	51

Introdução

Tradicionalmente, os estudos no âmbito do impacto da doença crónica centram-se, maioritariamente, na experiência da família como um todo. São poucos os estudos empíricos que se centram especificamente no impacto da doença crónica do filho na relação de casal. Por outro lado, os estudos existentes são controversos, sendo que alguns apontam para a existência de efeitos significativamente negativos na relação conjugal, enquanto outros apontam para efeitos nulos ou mesmo positivos (Gaither, Bingen, & Hopkins, 2000).

Reconhecendo a importância da necessidade de maior suporte empírico neste contexto, optou-se por realizar um estudo cujo objetivo principal seria perceber se os cônjuges com filhos com doença crónica têm uma perceção do ajustamento conjugal e do funcionamento conjugal diferente dos cônjuges com filhos saudáveis. Com o intuito de melhor compreender esta relação, pareceu-nos pertinente incluir a análise de eventuais variáveis moderadoras, tais como: sexo, meio de residência, habilitações literárias, duração da relação de casal, etapa do ciclo vital da família, fase psicossocial da doença e gravidade percebida da doença.

Esta abordagem intenta ilustrar o impacto da doença crónica da criança na vida familiar e, em particular, na relação de casal, abrindo caminhos para futuras investigações junto da população portuguesa e fomentando uma reflexão acerca de possíveis linhas de intervenção junto dos casais com filhos doentes crónicos.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Doença Crónica na Família

As doenças crónicas apresentam-se, hoje em dia, como um verdadeiro desafio para as áreas das Ciências da Saúde. Com efeito, o progressivo avanço da Medicina permitiu o aumento da esperança média de vida que nem sempre é acompanhado pelo aumento da qualidade de vida, pelo que as pessoas poderão viver com a doença crónica, muitas vezes, incapacitante, durante longos anos. De um modo geral, as doenças crónicas caracterizam-se pelo facto de serem doenças de longa duração, passíveis de afetar as

diferentes dimensões de vida dos indivíduos e para as quais os cuidados médicos visam, sobretudo, o controlo da sintomatologia, uma vez que a cura não é possível (Santos, 2010).

Contudo, a conquista da cronicidade acarreta consequências adversas que estão relacionadas com os tratamentos cada vez mais complexos e *stressantes* para os pacientes e seus familiares. É por esta razão que devemos ter em consideração não apenas o modo como a doença afeta o paciente, mas também o impacto desta em todos os elementos do sistema familiar que são desafiados pelas exigências práticas e emocionais que a gestão da doença coloca.

Assim, cada vez mais se reconhece a importância de adotar modelos unificadores, isto é, modelos de intervenção que contemplem não apenas os aspetos biológicos, mas igualmente os aspetos sociais, culturais e familiares, admitindo uma relação interdependente entre todos estes sistemas.

Partindo de um modelo biopsicossocial para a compreensão e intervenção em contextos de doença crónica, Navarro, Góngora e Beyebach (1995, como citado em Góngora, 2004) propõem o modelo sistémico/ecológico, o qual é representado por um triângulo cujos vértices são constituídos por: (i) o paciente e o seu problema de saúde (doença); (ii) o sistema de saúde e os profissionais que o representam e (iii) a família e outros elementos significativos da rede social. Este modelo destaca-se ao envolver este mesmo triângulo num quadrado que, por sua vez, representa o marco social, isto é, o sistema de valores e princípios sociais e culturais que influenciam o significado atribuído às diferentes doenças (Góngora, 2004).

De seguida, é feita uma breve descrição dos desafios impostos à família, tendo em conta que a doença provoca impactos variados, uma vez que pode atingir todo o funcionamento familiar, exigindo uma reorganização de funções e papéis (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

Góngora (1996, como citado em Sousa, Mendes, & Relvas, 2007) organiza os diferentes tipos de impactos que a doença provoca na família em quatro categorias: estruturais, processuais, emocionais e derivados das características particulares da doença. No que diz respeito aos impactos estruturais, estes reportam, sobretudo, ao estabelecimento de padrões de funcionamento rígidos que podem assumir diferentes formas: (i) rigidez na interação familiar, em particular na relação entre os familiares e o doente;

(ii) sobreprotecção familiar do doente; (iii) rigidez na relação entre os serviços de saúde e o doente e seus familiares, verificando-se, por vezes, que as famílias se tornam dependentes dos profissionais de saúde para diversas decisões que não são da competência destes; (iv) estabelecimento de uma relação muito próxima e dependente entre o cuidador primário e o doente, que levar à exaustão do cuidador e, também, ao afastamento e/ou exclusão de outros familiares e; (v) isolamento social da família, quer pelo estigma associada à doença, quer pelo tempo absorvido pelos cuidados prestados ao doente (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

Os impactos processuais, por sua vez, estão relacionados com as *“alterações geradas pela coimplicação entre processos, nomeadamente: doença, desenvolvimento dos indivíduos e ciclo evolutivo da família”* (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007, 33). Embora difícil, é fundamental manter uma articulação adequada, compatibilizando estes três movimentos, ou seja, ainda que a família tenha de responder às exigências impostas pela doença, ela não deverá deixar de cumprir com as tarefas inerentes ao ciclo de vida familiar e individual (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

No que diz respeito aos impactos emocionais/cognitivos, estes estão associados a uma mistura de emoções diversas e ambivalentes experimentadas pelos familiares do doente (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

Por último, os impactos derivados das características específicas da doença são aqueles que dependem de variáveis como o começo da doença, o curso, o resultado, o grau de incapacitação, as fases temporais, o grau com que exige cuidados e o estigma social associado (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

Rolland (1987, 1994) desenvolve o paradigma sistémico da doença crónica, no qual são descritos os impactos e desafios normativos que a doença coloca aos pacientes e suas famílias. Neste modelo são apresentados os seguintes pressupostos: (i) doença, incapacidade e morte são experiências universais para as famílias; (ii) um número cada vez maior de famílias vivem desafiadas pela presença de uma doença crónica durante longos anos; (iii) as famílias podem adaptar-se de forma funcional à doença crónica; (iv) a unidade de cuidados de saúde deverá, necessariamente, englobar a família, o paciente, a doença e a equipa de profissionais de saúde e; (v) embora se

admita que cada tipo de doença provoque impactos diversos e específicos no paciente e na família, considera-se que perante qualquer doença crónica as famílias manifestam um conjunto de necessidades comuns (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007). No sentido de melhor compreender o modelo suprarreferido, segue-se uma breve explicitação daquelas que são as suas principais componentes, designadamente: a tipologia psicossocial da doença; as fases de desenvolvimento da doença e; as variáveis chave do sistema familiar (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

A Tipologia Psicossocial da Doença (Rolland, 1984, 1994) configura-se como uma definição de categorias de doenças, que permitem articular as características médicas e os desafios psicossociais colocados aos doentes e familiares. Nesta tipologia as doenças são caracterizadas de acordo com as seguintes variáveis: começo, curso, resultado, incapacidade e grau de incerteza.

No que diz respeito às fases de desenvolvimento da doença estas permitem compreender a doença como um processo evolutivo com marcos normativos, transições e necessidade de mudanças. As principais fases são: crise, crónica e terminal (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

A fase de crise corresponde ao *“período sintomático anterior ao diagnóstico e o momento inicial de reajustamento pós-diagnóstico, incluindo o plano inicial de tratamento”* (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007, 50). As principais tarefas exigidas ao doente e à família são: aprender a lidar com a sintomatologia da doença e suas conseqüentes limitações; adaptar-se ao ambiente hospitalar e aos tratamentos, estabelecendo relações adequadas com a equipa de saúde; criar um significado para a doença que promova o sentido de competência; elaborar o luto pela identidade perdida e; reorganizar-se no sentido de responder à crise despoletada pelo aparecimento da doença (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

A fase crónica é a que decorre entre a fase de crise e a fase terminal. Pode ser longa ou curta e marcada por constância, progressão ou mudança episódica. Quando se trata de uma doença fatal, a família sente viver no limbo. Se a doença é incapacitante, a família pode sentir que a única forma de retomar à “normalidade” será com a morte do doente, o que gera sentimentos de culpa. Se a doença é marcada pela progressão, a principal tarefa da família passará pela compatibilização entre os cuidados a prestar ao

doente e as finalidades familiares, no sentido de manter uma certa normalidade no seu funcionamento e de manter a identidade familiar (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

Na fase terminal, as principais tarefas a cumprir são: elaborar o luto pelo membro doente e reintegração na vida sem a doença e o doente (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007; Pereira & Lopes, 2005).

Por último, as variáveis do sistema familiar englobam: a história transgeracional de doenças, perdas e crises; a articulação entre os ciclos de vida da doença, dos sujeitos e da família; e os sistemas de crenças de saúde e doença (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007).

Assim, podemos concluir que, face à doença, as famílias têm um duplo papel: o de cumprir com as exigências que a doença coloca e o de responder às necessidades familiares. Desta forma, para que a família cumpra com as suas funções é fundamental que a doença não domine todo o seu funcionamento. Com efeito, a doença emerge como mais um elemento da vida familiar, que exigirá uma reorganização de papéis entre os seus membros, contudo as restantes dimensões da vida familiar não deverão ser esquecidas ou descuradas, no sentido de preservar a identidade familiar (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007) e, destacamos nós, a conjugal.

1.2. Doença Crónica Pediátrica e Sua Vivência Parental

De um modo geral, a abordagem psicológica da doença crónica pediátrica tem destacado duas perspetivas, a categorial e a não categorial. A perspetiva categorial centra-se na diversidade de doenças crónicas, evidenciando as suas diferenças e focalizando as implicações psicológicas e sociais associadas a essas características particulares. Pelo contrário, a perspetiva não-categorial defende que a doença crónica é sempre uma condição que, independentemente das suas características específicas, coloca à criança e sua família situações e problemas comuns, bastante diferentes dos vivenciados pelos indivíduos saudáveis. Deste modo, considera-se que não é primordial diferenciar as doenças crónicas entre si, uma vez que estas partilham exigências, desafios e implicações comuns, pelo que, mais importante do que o rótulo da doença ou do que as suas características biomédicas, é o grau em que qualquer uma delas perturba a criança, os seus pais, e a vida familiar. Apesar das diferenças, as duas perspetivas partilham a

ideia de que a doença crónica infantil constitui um elemento de tensão significativo e exige o confronto com situações que podem perturbar a criança e a família (Santos, 2010).

Actualmente, assiste-se a um crescente interesse pela compreensão e avaliação do impacto da doença crónica na criança e na família, uma vez que se tem vindo a afirmar que ter uma criança com doença crónica constitui uma situação de *stress* com impacto significativo na família, havendo a indicação de que os pais experienciam níveis de *stress* superiores aos dos pais de crianças saudáveis (Santos, 2010; Castro & Piccinini, 2002; Kazak, 1989).

Em relação à adaptação parental, embora estudos mais recentes sugiram que as famílias que lidam com a doença crónica não têm, necessariamente, problemas de adaptação, nem problemas relacionais e emocionais graves, outros afirmam que a qualidade do funcionamento familiar é verdadeiramente afetada, sendo sempre de esperar algum desequilíbrio emocional e funcional (Santos, 2010). De facto, o diagnóstico de uma doença pediátrica conduzirá os elementos da família a lidar com uma nova realidade que incluirá alterações no domínio físico relacionadas com os internamentos hospitalares, com os contactos com a equipa médica e com os tratamentos especializados. Surgirão, também, alterações no domínio psicológico consolidadas através de momentos de mudança, de perda e de luto (Araújo, 2011).

A fase do pré-diagnóstico pode significar o início de uma longa caminhada. A família começa a aperceber-se que alguma coisa de errado se está a passar com a criança. As idas recorrentes ao hospital ou a realização de exames fazem com que as suspeitas iniciais se comecem a transformar em certezas. O conhecimento do diagnóstico final irá intensificar as emoções de toda a família e levá-la-á a vivenciar uma realidade significativamente diferente da que tinha até então (Araújo, 2011).

Os pais começam a confrontar-se com a possibilidade de os seus filhos virem a experienciar dor, *stress* emocional, limitações sociais e uma esperança de vida mais limitada (Barlow, Wright, Shaw, Luqmani, & Wyness, 2002, como citado em Araújo, 2011).

É neste sentido que Santos (1998) refere que a família passa por diferentes fases na resposta à doença, constituindo o período após o

conhecimento do diagnóstico um momento crítico. De facto, o diagnóstico tem habitualmente consequências importantes no funcionamento familiar, ocorrendo mesmo, por vezes, um aumento da perturbação psicológica nos pais, a qual tende a diminuir posteriormente, conforme o testemunham alguns estudos longitudinais (Dahlquist, Czyzewski, & Jones, 1996; Northam, Anderson, Adler, Werther, & Warne, 1996). Esta diminuição parece ser compreensível já que a família vai desenvolver esforços para se adaptar à nova situação. A sua adaptação deverá, pois, ser considerada como um processo, atendendo às exigências continuadas que são colocadas à família e, também, às implicações das diferentes fases da doença (Santos, 1998).

Segundo Barros (1999), ao longo deste percurso os pais vão ter de enfrentar três tipos de adaptação. A primeira é aceitar a ideia que o seu filho está doente e que a doença implica uma modificação ao nível das expectativas que nele tinham depositado e, também, uma alteração ao nível das rotinas diárias de forma a responderem às exigências que a doença coloca. A segunda prende-se com o facto de terem de ajudar a criança a lidar e a aceitar a sua doença, confrontando-se com todas as limitações subjacentes e com as adversidades provenientes dos tratamentos. Por último, os pais terão de fazer um esforço no sentido de manter equilibrada a sua vida familiar e social, dando especial ênfase ao seu relacionamento com o cônjuge, com os filhos, com os amigos e com a sua vida profissional.

Por ser alvo de análise deste estudo, destacaremos, em seguida, o impacto e desafios impostos pela doença crónica infantil nas relações e funcionamento familiar, especificamente na relação conjugal.

1.3. Impacto da Doença Crónica de um Filho na Relação Conjugal

A literatura que se dedica ao tema da doença crónica normalmente aborda a vivência da doença no núcleo familiar como um todo, não focalizando a dimensão conjugal. No entanto, cada vez mais se reconhece que não basta olhar apenas para o grupo. Revela-se, então, fundamental lançar o olhar sobre a conjugalidade, que é significativamente afetada (Steffen & Castoldi, 2006).

No que diz respeito à vida a dois, e enquadrando numa perspetiva

sistémica, quando um casal se constitui deve formar uma identidade conjugal, com planos conjuntos para o futuro. Com a chegada dos filhos novos movimentos ocorrem no núcleo familiar, havendo, então, a assunção de novos papéis, pois marido e mulher passarão a ser também pai e mãe. Por sua vez, quando um filho é acometido por uma doença crónica, o padrão de funcionamento familiar sofre alterações, fazendo com que todos os membros sejam afetados ao assumir novas responsabilidades. O casal, portanto, passa a ter um leque maior de complexas situações e emoções a gerir (Steffen & Castoldi, 2006).

A doença crónica, ao constituir-se com um evento *stressante*, tende a alterar a estrutura do relacionamento entre os cônjuges, podendo potenciar conflitos. Para melhor compreender este impacto é importante atender aos movimentos que as famílias realizam naturalmente ao longo do seu ciclo vital (Steffen & Castoldi, 2006). Com efeito, a dinâmica conjugal é modificada quando nasce um filho, pois ele inaugura um novo período na vida do casal (Carter & McGoldrick, 2001). Se já pode constituir uma dificuldade para o casal, entrar em consenso na educação de um filho saudável, maior parece ser o desafio quando ele é portador de uma doença crónica (Steffen & Castoldi, 2006). De sublinhar, ainda, que os conflitos entre os cônjuges são facilmente transportados para o domínio da educação dos filhos pelo facto do casal não conseguir separar as funções parentais das funções conjugais. Além disso, para os pais será altamente desafiante lidar com as transformações que ocorrem visivelmente na criança e, paralelamente, responder às necessidades individuais e familiares. Deste modo, se não existir alguma estabilidade conjugal, será mais provável a emergência de tensão e conflitos entre o casal (Steffen & Castoldi, 2006; Berge, Patterson, & Rueter, 2006).

Dado que os cuidados para com uma criança com uma doença crónica são considerados um fator de maior tensão, assume-se geralmente que a doença da criança terá um impacto fortemente negativo na relação de casal (Gaither, Bingen, & Hopkins, 2000). É, pois, de alguma forma surpreendente descobrir que os estudos mais recentes têm demonstrado conclusões bastante díspares, ou revelado que as diferenças entre os dois grupos (pais de crianças com e sem doença) não são tão significativas (Reiter-Purtill *et al.*, 2008). Assim, enquanto algumas investigações encontram índices mais baixos de

satisfação conjugal e níveis mais elevados de perturbação das relações familiares (Quittner, Oipari, Regoli, Jacobsen, & Eigen, 1992) outras apontam para a não existência de grandes diferenças em relação a casais com crianças sem doença e/ou verificaram mesmo efeitos positivos, como maior união conjugal (Kazak, 1989; Northam *et al.*, 1996). Os efeitos negativos que, maioritariamente, têm sido reportados incluem a falta de tempo com o parceiro, dificuldades de comunicação, taxa de divórcios mais elevada, aumento do conflito de papéis, aumento da sobrecarga de papéis, e decréscimo da satisfação na relação (Gaither, Bingen, & Hopkins, 2000).

Esta inconsistência de resultados parece prender-se com algumas questões metodológicas, designadamente: a diversidade de métricas e de populações utilizadas; as múltiplas variáveis associadas aos parâmetros que se pretendem avaliar; e a diversidade de definição de objetivos, metodologias e abordagens teóricas que orientam as investigações (Santos, 2010). Assim, no sentido de integrar alguns dados empíricos e traçar conclusões, segue-se uma breve apresentação de alguns estudos realizados sobre o impacto de determinadas doenças crónicas na relação conjugal.

Por exemplo, Quittner e colaboradores (1998) realizaram uma investigação em que compararam os *stressores* específicos e a “sobrecarga de papéis” em pais de crianças com fibrose quística e pais de crianças sem doença. Os autores consideraram quatro componentes relevantes para a satisfação conjugal: os “*stressores* associados ao papel parental” (incluindo atividades de cuidado); a “frustração em relação às expectativas” (*i.e.* as expectativas e desapontamentos em relação à divisão de tarefas); o “conflito de papéis” (*i.e.* o desacordo acerca dos papéis parentais); e “trocas afetivas” (*i.e.* demonstrações de afeto entre os membros do casal). Os autores do estudo verificaram que os pais de crianças com fibrose quística não só referiram realizar mais tarefas no seu quotidiano, como apresentavam níveis mais elevados de frustração e de conflito conjugal em relação ao cuidado da criança e menor tempo para a relação íntima do casal e para atividades recreativas. Em termos globais não foram encontradas diferenças significativas nos valores globais dos casais em relação à satisfação conjugal e à depressão. No entanto mães de crianças com fibrose quística revelaram índices mais elevados de depressão do que as mães de crianças sem doença. Verificou-se ainda que estes sintomas depressivos estavam

significativamente associados ao papel de cuidador principal que estas mães assumiam. Deste modo, parece possível afirmar que aspetos específicos da relação, tais como a sobrecarga de papéis (sobretudo das mães que são, geralmente, as principais cuidadoras), o menor tempo para atividades sociais e recreativas, o maior tempo gasto em cuidados médicos, e a menor disponibilidade para a intimidade podem levar a problemas no funcionamento do casal (Gaither, Bingen, & Hopkins, 2000).

Grootenhuis e Last (1997), num artigo de revisão, consideram que a doença oncológica na criança pode ter um efeito negativo no casamento dos seus pais, nomeadamente ao nível da satisfação conjugal. Referem que, geralmente, as maiores complicações surgem na fase pós-diagnóstico, não tendo contudo grandes repercussões futuras (não se registando taxas elevadas de divórcio). Também Barbarin e colaboradores (1985) descobriram que cuidar de uma criança com cancro pode não ter qualquer impacto na relação conjugal, ou mesmo, ter um impacto positivo. Os pais que participaram neste estudo relataram sentimentos de crescente proximidade e apoio por parte dos seus parceiros desde o diagnóstico da criança. Os fatores que influenciaram a perceção da qualidade do relacionamento diferiram entre homens e mulheres. As mulheres que tiveram a perceção do seu parceiro como ativamente envolvido no cuidado da criança tenderam a avaliar a qualidade do seu relacionamento de forma mais positiva do que as mulheres cujo parceiro não estava tão envolvido em tais cuidados.

Deste modo, embora pareça evidente que cuidar de uma criança com cancro constitui uma situação *stressante* para os pais, não tem necessariamente um efeito prejudicial sobre o relacionamento do casal. De facto, parece que o impacto positivo é mediado pelo envolvimento do parceiro masculino em vários aspetos do tratamento da criança doente e pelo maior tempo despendido pela mulher com o seu parceiro (Silva *et al.*, 2010). De salientar, ainda, que embora os dados indiquem que ter uma criança com cancro tem um impacto negativo mínimo, ou em alguns casos tem mesmo um impacto positivo sobre o relacionamento, é fundamental reconhecer que a fase da doença e o tempo decorrido após o diagnóstico parecem ser importantes fatores que diferenciam o impacto da doença na qualidade da relação (Silva *et al.*, 2010).

Também, Crain e colaboradores (1966) realizaram um estudo sobre os efeitos de ter uma criança diabética na relação conjugal. Este estudo incluiu um grupo de pais de crianças com diabetes e um grupo de pais de crianças saudáveis, e verificaram-se efeitos negativos sobre a satisfação do casal associado ao facto de ter uma criança com diabetes.

Quanto às possíveis causas de perturbação da relação conjugal em casais com filhos com doença crónica, Santos (2010) refere que os conflitos estão muitas vezes associados à discussão e tomada de decisão sobre múltiplos aspetos da doença, nomeadamente, a procura e escolha dos serviços de saúde, a adesão aos procedimentos de diagnóstico e aos tratamentos, e mesmo a escolhas sobre a mudança de estilos de vida familiar, a definição de papéis e a atribuição de responsabilidades em relação ao tratamento. A doença implica, deste modo, alterações nas prioridades e rotinas familiares, obriga a novas tarefas, e provoca aumento de tensão no exercício dos papéis de pai e de mãe. Com efeito, as exigências impostas pelo tratamento da criança podem não só desequilibrar a distribuição das tarefas familiares como, nos casos em que um dos progenitores fica com a grande parte dessa responsabilidade, criar situações de exaustão, e consequentemente potencializar conflitos e contribuir para a insatisfação conjugal (Santos, 2010; Silva *et al.*, 2010).

Outro aspeto referido como causa de perturbação conjugal e familiar é a diminuição do tempo disponível e da energia necessária para satisfazer outras necessidades da família (Barbain, Hughes, & Chesler, 1985). Esta indisponibilidade de tempo, e o constante cansaço, refletem-se quer na ausência de atividades recreativas do casal, que frequentemente afirma não ter tempo para dedicar um ao outro, quer na diminuição da disponibilidade para participar na educação e acompanhamento dos outros filhos saudáveis (Kazak, Reber & Carter, 1988; Stein & Riessman, 1980, Bluebond-Langner, 2000, como citado em Santos, 2010).

Por último, também as necessidades de manutenção de equilíbrio da economia familiar têm sido apontadas como causa de perturbação conjugal e familiar (Santos, 2010). Incluem-se, neste ponto, não só as despesas acrescidas associadas aos tratamentos dos filhos, como também a diminuição do tempo e energia para o desempenho a nível profissional, sobretudo quando um dos pais tem de abandonar o seu emprego devido às exigências

que a doença da criança coloca como, por exemplo, realização de tratamentos e hospitalizações (Santos, 2010; Berge, Patterson, & Rueter, 2006).

Em suma, é possível concluir que embora sejam espectáveis alterações na vida familiar, como o aumento das responsabilidades, alterações das rotinas, e restrições nas atividades sociais em pais de crianças com doença crónica, não é linear que estas alterações se traduzam em problemas e/ou dificuldades na relação de casal ou que impliquem necessariamente níveis elevados de insatisfação conjugal. Contudo, também não podem ser desprezadas as relações entre o grande aumento de tensão, associado às tarefas e responsabilidades relacionadas com a doença, e o aumento da perturbação conjugal, especialmente quando não se verifica consenso mútuo ou partilha adequada das tarefas e exigências entre os elementos do casal (Santos, 2010).

II – Objetivos

O objetivo geral deste estudo é analisar em que medida a presença de doença crónica num filho influencia a forma como os cônjuges percecionam a conjugalidade.

Os objetivos específicos deste estudo são:

- 1) Perceber se existem diferenças entre cônjuges com filhos com doença crónica e cônjuges com filhos sem doença crónica na forma como percecionam a conjugalidade (ajustamento conjugal e funcionamento conjugal).
- 2) Estudar o eventual efeito moderador de algumas variáveis sóciodemográficas. Assim, avaliaremos a influência do sexo, meio de residência e habilitações literárias na forma como cônjuges com filhos com doença crónica e cônjuges com filhos sem doença crónica percecionam a conjugalidade (ajustamento conjugal e funcionamento conjugal).
- 3) Estudar o eventual efeito moderador de algumas variáveis familiares. Assim, avaliaremos a influência da duração da relação de casal e da etapa do ciclo de vida da família na forma como cônjuges com filhos com doença crónica e cônjuges com filhos sem doença crónica percecionam a conjugalidade (ajustamento conjugal e funcionamento conjugal).

4) Estudar a eventual influência de algumas variáveis relacionadas com a doença, em concreto, a fase a psicossocial da doença e a gravidade percebida da doença, na forma como os cônjuges com filhos com doença crónica percebem a conjugalidade (ajustamento conjugal e funcionamento conjugal).

De seguida, apresentamos o nosso modelo conceptual (figura 1).

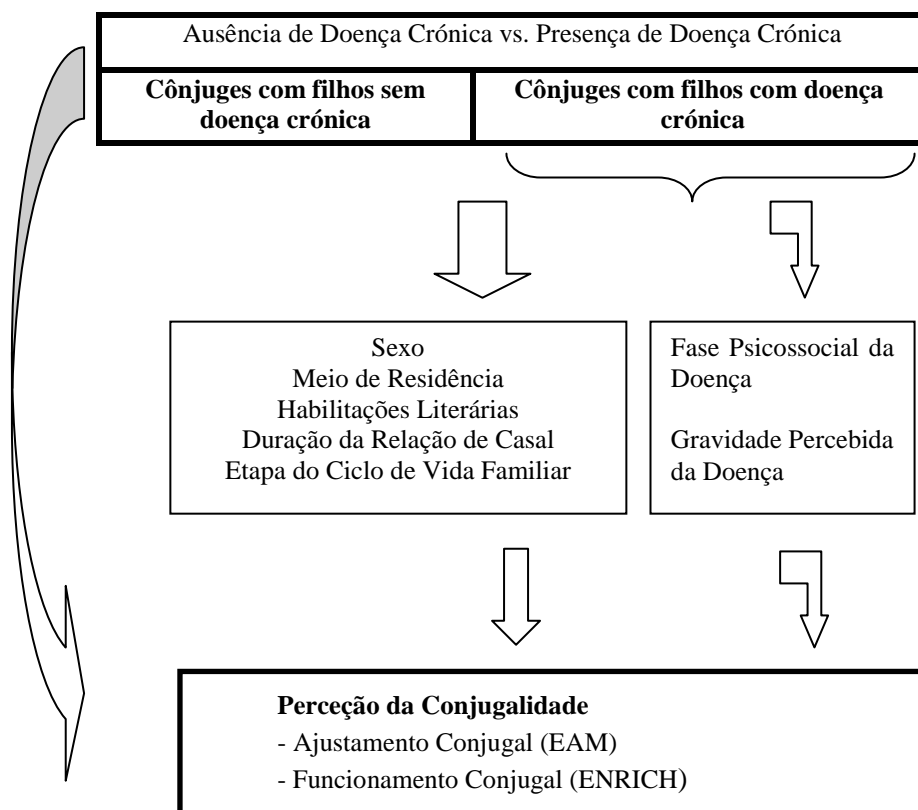


Figura 1 – Modelo conceptual hipotético das relações entre as variáveis do presente estudo empírico.

III – Metodologia

3.1. Caracterização da Amostra

No sentido de descrever genericamente a amostra em estudo, recorreu-se a um conjunto de variáveis sócio-demográficas, variáveis conjugais e familiares, e variáveis especificamente relacionadas com a doença. A amostra total utilizada neste estudo é constituída por 62 sujeitos, dos quais 30 são cônjuges com filhos sem doença crónica (48,4%) e 32 são cônjuges cujos filhos têm uma doença crónica (51,6%). Verifica-se uma

predominância do sexo feminino (66,1%), sendo a faixa etária preponderante dos 30 aos 40 anos (53,2%). As idades dos sujeitos estão situadas entre os 25 e os 54 anos. A média de idades é 37 anos ($dp=6,96$). A maioria dos participantes são legalmente casados (82,3%), sendo que os restantes vivem em união de facto (17,7%).

Relativamente ao meio de residência¹, a maioria dos sujeitos reside em área predominantemente urbana (48,4%), distribuindo-se os restantes sujeitos pelas áreas medianamente urbanas (29%) e pelas áreas predominantemente rurais (22,6%).

No que às habilitações literárias diz respeito, 30,6% dos participantes concluíram o ensino superior, 35,5% concluíram o ensino secundário, 25,8% estudaram até ao 9º ou 6º ano e 8,06% ainda não terminaram a escolaridade.

Da amostra em estudo, cerca de 46,8% dos sujeitos possuem uma religião e consideram-se não praticantes, seguindo-se 40,3% dos sujeitos que se consideram praticantes e os restantes (12,9%) afirmam não ter qualquer religião (consultar tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra, variáveis sócio-demográficas.

Variáveis	Categorias	Cônjuges com filhos sem doença crónica n=30 (48,4%)		Cônjuges com filhos com doença crónica n=32(51,6%)		Total N=62	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Feminino	18	60	23	71,8	41	66,1
	Masculino	12	40	9	28,1	21	33,8
Idade	22-29	4	13,3	2	6,3	6	9,7
	30-39	16	53,3	17	53,1	33	53,2
	40-49	6	20	13	40,6	19	30,6
	=>50	4	13,3	0	0	4	6,5
Estado Civil	Casados	22	73,3	29	90,6	51	82,3
	União de Facto	8	26,7	3	9,4	11	17,7
Meio de Residência	Predominante/ rural	7	23,3	7	21,9	14	22,6
	Mediana/ urbano	10	33,3	8	25	18	29
	Predominante/ urbano	13	43,3	17	53,1	30	48,4
Habilitações Literárias	Ensino Superior	6	20	13	40,6	19	30,6
	12º Ano	9	30	13	40,6	22	35,5
	9º Ano	5	16,7	3	9,4	8	12,9

¹ Considera-se a tipologia apresentada pelo Instituto Nacional de Estatística (I.N.E., 1998).

	6º Ano	6	20	2	6,3	8	12,9
	Não terminou	4	13,3	1	3,1	5	8,06
Religião	Não	4	13,3	4	12,5	8	12,9
	Sim praticante	7	23,3	18	56,2	25	40,3
	Sim não praticante	19	63,3	10	31,3	29	46,8

Considerando as variáveis conjugais e familiares, tal como se constata Tabela 2, a maioria dos sujeitos (93,5%) vivem a sua primeira relação de casal. No que diz respeito à duração da relação conjugal, 38,7% dos sujeitos mantêm uma relação entre os 4 e os 7 anos, seguindo-se 24,2% dos sujeitos com uma relação entre os 11 e os 19 anos, 19,4% mantendo uma relação por 20 anos ou mais, 12,9% com uma relação entre os 8 e os 10 anos e, por fim, 4,8% dos sujeitos com uma relação de casal até 3 anos.

Da amostra em estudo, todos os sujeitos têm filhos e estes vivem ainda com o casal. Verifica-se que 40,3% dos sujeitos têm filhos com idade inferior a 6 anos, 32,3% têm filhos com 13 anos ou mais e, por fim, 27,4% têm filhos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos.

Tabela 2. Caracterização da amostra, variáveis conjugais e familiares.

Variáveis	Categorias	Cônjuges com filhos sem doença crónica n=30 (48,4%)		Cônjuges com filhos com doença crónica n=32(51,6%)		Total N=62	
		n	%	n	%	n	%
1ª Relação Conjugal	Sim	27	90	31	96,9	58	93,5
	Não	3	10	9	3,1	21	6,5
Duração da Relação de Casal	0-3 anos	2	6,7	1	3,1	3	4,8
	4-7 anos	14	46,7	10	31,3	24	38,7
	8-10 anos	3	10	5	15,6	8	12,9
	11-19	3	10	12	37,5	15	24,2
	= > 20	8	26,7	4	12,5	12	19,4
Etapas do Ciclo Vital do Casal	0-3 anos	2	6,7	2	6,3	4	6,5
	4-10 anos	17	56,7	14	43,8	31	50
	11-19 anos	3	10	12	37,5	15	24,2
	= > 20 anos	8	26,7	4	12,5	12	19,4
Etapas do Ciclo Vital da Família	Casal sem filhos	0	0	0	0	0	0
	Filho inferior a 6 A	16	53,3	9	28,1	25	40,3
	Filho 6-12 A	5	16,7	12	37,5	17	27,4
	Filho 13 A - nenhum filho fora de casa	9	30	11	34,4	20	32,3
	Pelo menos um dos filhos saiu de casa	0	0	0	0	0	0
	Todos os filhos saíram de casa	0	0	0	0	0	0

Relativamente às variáveis relacionadas com a doença e, portanto, particularizando para a subamostra de cônjuges com filhos com doença crónica, verifica-se que 34,4% dos participantes têm filhos que apresentam o diagnóstico de paralisia cerebral, 28,1% têm filhos com trissomia 21, 9,4% têm filhos com cancro, 9,4% têm filhos com asma, 9,4% têm filhos com epilepsia, 6,3% têm filhos com cardiopatia congénita e, por fim, 3,1% têm filhos com diabetes.

No que diz respeito à fase psicossocial da doença, 75% dos sujeitos têm filhos na fase crónica e 25% têm filhos na fase de crise, sendo que todos os filhos doentes realizam algum tipo de tratamento.

Dos sujeitos respondentes, 43,8% percecionam a gravidade da doença do filho como moderada, 40,6% como severa e, por fim, 15,6% como ligeira.

Quanto ao impacto percebido na relação conjugal, 43,8% dos sujeitos consideram que a doença do filho tem um impacto negativo na relação de casal, 34,4% referem não existir qualquer impacto e 21,9% consideram que a doença do filho tem um impacto positivo na relação de casal.

Cerca de 53,1% dos sujeitos consideram que a principal fonte de apoio na doença é o cônjuge, seguindo-se 21,9% que referem os familiares chegados, 18,8% referem os filhos e, por fim, 6,3% reportam as instituições como a principal fonte de apoio na doença do filho (consultar tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra, variáveis relacionadas com a doença.

Variáveis	Categorias	Cônjuges com filhos com doença crónica n=32	
		n	%
Diagnóstico Médico	Paralisia Cerebral	11	34,4
	Cancro	3	9,4
	Asma	3	9,4
	Epilepsia	3	9,4
	Trissomia 21	9	28,1
	Diabetes	1	3,1
	Cardiopatia Congénita	2	6,3
Fase Psicossocial da	Crise	8	25
Doença	Crónica	24	75
Realiza Tratamentos	Sim	32	100

	Não	0	0
Perceção da Gravidade da Doença	Ligeira	5	15,6
	Moderada	14	43,8
	Severa	13	40,6
Impacto percebido na relação conjugal	Nenhum impacto	11	34,4
	Impacto negativo	14	43,8
	Impacto positivo	7	21,9
Principal fonte de apoio	Cônjuge	17	53,1
	Filho (s)	6	18,8
	Outros Familiares Chegados	7	21,9
	Família alargada	0	0
	Comunidade	0	0
	Instituições	2	6,3

Procedeu-se a testes de comparabilidade² para analisar a equivalência das subamostras nas diferentes variáveis. Para tal recorreu-se ao teste do *Qui-Quadrado* e ao *t-student*. Verificámos que as amostras não são equivalentes nas variáveis *sexo* ($X^2=6,452$; $p=0,011$), *estado civil* ($X^2=25,80$; $p=0,000$), *meio de residência* ($X^2=6,710$; $p=0,035$), *religião* ($X^2=12,032$; $p=0,002$), *primeira relação* ($X^2=47,032$; $p=0,000$), *habilitações literárias* ($t=2,582$; $p=0,012$) e *etapa do ciclo vital do casal* ($X^2=13,000$; $p=0,005$).

Nas restantes, *etapa do ciclo vital da família* ($X^2=1,581$; $p=0,454$), *idade* ($t=-0,055$; $p=0,957$) e *duração da relação de casal* ($t=-0,671$; $p=0,505$), as duas subamostras são equivalentes.

3.2. Instrumentos

O protocolo de investigação é composto por um *Questionário de Dados Sociodemográficos*; um *Questionário de Dados Complementares*; pela *Escala de Ajustamento Mútuo (EAM)* e; pela escala de *Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade (ENRICH)*.

Questionário de Dados Sociodemográficos³

O questionário de Dados Sociodemográficos foi construído, tendo como objetivo a recolha de dados demográficos do respondente e da sua família, focando domínios como os dados pessoais do sujeito respondente (sexo, idade, estado civil, área de residência, escolaridade, habilitações

² Anexo I.

³ Anexo II, 3.

literárias, profissão, situação profissional e religião) e dados familiares (sexo, idade e estado civil do cônjuge, número de filhos e composição do agregado familiar).

Questionário de Dados Complementares⁴

O Questionário de Dados Complementares foi construído, especificamente, para o presente estudo com o objetivo de recolher informações sobre as características da doença crónica, concretamente, o diagnóstico médico, a data de diagnóstico, os tratamentos, a situação atual da doença (crise, estabilizada ou em remissão), e a gravidade percebida da doença (ligeira, moderada ou severa). Com o intuito de averiguar em que dimensões da vida do sujeito – conjugal, familiar, social, económica – o impacto da doença é mais proeminente, este é avaliado através de uma escala atribuindo entre 1 a 3 pontos, sendo 1 avaliado como “impacto ligeiro”, 2 avaliado como “impacto moderado” e 3 avaliado como “impacto forte”. Para conhecer, ainda, qual o apoio com que o sujeito pode contar em situações de crise relacionadas com a doença do filho (a), são apresentados os apoios do cônjuge, dos filhos, de outros familiares chegados, da família alargada, da comunidade e de instituições, avaliando o respondente numa escala de 1 a 6, em que o 1 é “mais importante” e o 6 é “menos importante”. Consegue-se, também, averiguar se o sujeito respondente beneficia, atualmente, de algum tipo de apoio psicológico ou psiquiátrico.

Deste questionário faz, ainda, parte uma questão que pretende avaliar, especificamente, o impacto percebido que a doença do filho(a) tem na relação conjugal, sendo apresentadas três opções de resposta – nenhum impacto na relação conjugal, impacto predominantemente negativo e impacto predominantemente positivo.

EAM – Escala de Ajustamento Mútuo⁵

A versão original da Escala de Ajustamento Mútuo foi criada, em 1976, por Graham Spanier. Este é um instrumento de autorresposta, composto por trinta e dois itens, que avalia quatro dimensões do ajustamento conjugal: consenso mútuo, satisfação mútua, coesão mútua e expressão afetiva em casais heterossexuais casados ou a viver em união de facto

⁴ Anexo II, 3.

⁵ Anexo II, 4.

(Lourenço, 2006). A versão portuguesa desta escala foi adaptada e validada por Lourenço e Relvas, em 2003.

Os trinta e dois itens são agrupados em quatro subescalas: consenso mútuo (acordo entre os parceiros em assuntos importantes para a relação); satisfação mútua (satisfação e compromisso para a continuação da relação); expressão afetiva (satisfação do indivíduo com a expressão de afeto e vivência da sexualidade na relação) e; coesão mútua (interesses comuns e atividades partilhadas pelo casal) (Lourenço, 2006).

A versão portuguesa é, igualmente, constituída por 32 itens, dos quais trinta são cotados numa escala tipo *Likert* com 5 a 7 opções de resposta. Em dois itens, o respondente deve responder *sim* ou *não* (Gomez & Leal, 2008; Lourenço, 2006).

No estudo de validação para a população portuguesa o valor do coeficiente de Cronbach (*alpha* global) é de 0.93, remetendo-nos para um bom valor de consistência interna, o que nos aponta para a uniformidade dos itens (Lourenço, 2006). Para a amostra em estudo, obtivemos um *alpha* de Cronbach⁶ de 0,95 (M=104,08; DP=20,186).

ENRICH – Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade⁷

A escala original – *Enriching & Nurturing Relationship Issues, Communication & Happiness* – foi desenvolvida, em 1982, por David Olson, David Fournier e Joan Druckman, tendo sido adaptada e validada para a população portuguesa por Lourenço e Relvas, em 2003 (Lourenço, 2006).

Esta escala permite avaliar as áreas problemáticas e os recursos do casal em diferentes dimensões da relação, fornecendo resultados da avaliação da relação em doze categorias: aspetos da personalidade; comunicação; resolução de conflitos; gestão financeira; atividades de lazer; relações sexuais; filhos e casamento; família e amigos; igualdade de papéis; orientação religiosa; idealização e; satisfação (Fournier & Olson, 1982, como citado em Lourenço, 2006).

A *ENRICH* é constituída por 109 itens distribuídos por doze fatores

⁶ Anexo IV, 1.

⁷ Anexo II, 5.

que correspondem às categorias anteriormente mencionadas. Os itens são cotados numa escala tipo *Likert*, de 1 a 5, em que 1 corresponde a *discordo fortemente* e 5 corresponde a *concordo fortemente* (Lourenço, 2006).

No estudo de validação da *ENRICH* para a população portuguesa, obteve-se um *alpha de Cronbach* de 0,74 para a escala total (Lourenço, 2006). Para a amostra em estudo, obtivemos um *alpha de Cronbach*⁸ de 0,97 (M=365,84; DP=64,330) que nos remete para um bom valor de consistência interna.

3.3. Procedimentos de Investigação

Para serem incluídos na amostra foi fundamental que os sujeitos cumprissem alguns critérios. Os respondentes deveriam viver uma relação conjugal heterossexual, estando, ou não, casados legalmente. Os sujeitos não deveriam apresentar quaisquer limitações cognitivas, suscetíveis de comprometer o preenchimento do protocolo. Os participantes deveriam, ainda, ter um ou mais filhos, menores de idade e constituintes do agregado familiar. Especificamente, para a subamostra “cônjuges com filhos com doença crónica”, estes deveriam ter pelo menos um filho portador de alguma doença crónica. Pelo contrário, para a subamostra “cônjuges com filhos sem doença crónica”, estes deveriam ter filhos sem qualquer tipo de doença crónica.

No que diz respeito à recolha da subamostra “cônjuges com filhos com doença crónica”, esta decorreu em diversas associações e na população geral – 34,4% na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, 9,4% na Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro (Acreditar), 28% na Associação de Apoio à Inclusão do Cidadão com Trissomia 21 (Associação Olhar 21) e 28% na população geral. A recolha da subamostra “cônjuges com filhos sem doença crónica” decorreu, totalmente, na população geral. A recolha na população geral corresponde a uma amostra de conveniência, tendo-se recorrido à nossa rede de contactos interpessoais (Maroco, 2010).

Com o objetivo de standardizar os procedimentos, o protocolo foi aplicado pela seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico e de Dados Complementares; EAM e *ENRICH*. Os sujeitos responderam, direta e individualmente a todos os instrumentos pertencentes ao protocolo. O

⁸ Anexo IV, 2.

investigador apenas interferiu quando lhe era solicitado o esclarecimento de alguma dúvida, mas evitando influenciar os resultados. Alguns questionários foram respondidos na presença do investigador, porém, na impossibilidade de obter esta condição e uma vez que se trata de instrumentos de autorresposta, foi dada a liberdade aos sujeitos para que respondessem independentemente da presença do investigador.

O investigador entregou aos participantes os protocolos, ordenados como previamente acordado, com informação acerca da investigação⁹, nomeadamente o nome da mesma e o objetivo, salvaguardando que a participação do sujeito é voluntária. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas e, informado que os questionários apenas seriam consultados e trabalhados pelos investigadores que participam neste projeto. Após o consentimento informado¹⁰, esclarecimento de dúvidas e agradecimento pela colaboração, os sujeitos preencheram os referidos questionários, entregando-os, posteriormente, já preenchidos. A recolha da amostra decorreu entre dezembro de 2011 e fevereiro de 2012.

3.4. Procedimentos Estatísticos

Todos os testes estatísticos foram efetuados com o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, v. 17.0 for Windows 7).

Com o objetivo de selecionar as análises estatísticas a efetuar para testar o nosso modelo conceptual, testámos a homogeneidade dos nossos dados.

No que respeita à homogeneidade¹¹, o teste de *Levene* demonstrou que a maioria dos fatores da EAM são homogéneos, uma vez que temos um nível de significância superior a 0,05 – *consenso mútuo* ($F=1,508$; $p=0,224$); *satisfação mútua* ($F=1,716$; $p=0,195$); *coesão mútua* ($F=0,452$; $p=0,504$); e *ajustamento mútuo total* ($F=2,235$; $p=0,140$). O fator *expressão afetiva* ($F=24,112$; $p=0,000$) é o único em que as variâncias de cada grupo não podem ser consideradas iguais entre si. No que respeita à ENRICH verificou-se que todos os fatores são homogéneos – *aspetos da personalidade* ($F=1,657$; $p=0,203$); *comunicação* ($F=3,448$; $p=0,068$);

⁹ Anexo II, 1.

¹⁰ Anexo II, 2.

¹¹ Anexo III, 1 e 2.

resolução de conflitos ($F=2,212$; $p=0,144$); *gestão financeira* ($F=2,306$; $p=0,134$); *atividades de lazer* ($F=0,820$; $p=0,369$); *relações sexuais* ($F=2,359$; $p=0,114$); *filhos e casamento* ($F=1,483$; $p=0,228$); *família e amigos* ($F=0,129$; $p=0,721$); *igualdade de papéis* ($F=2,078$; $p=0,155$); *orientação religiosa* ($F=1,462$; $p=0,238$) *idealização* ($F=1,494$; $p=0,226$); *satisfação* ($F=0,179$; $p=0,674$); e *escala total* ($F=3,850$; $p=0,054$).

Pretendemos testar, também, a consistência interna dos instrumentos por nós utilizados (EAM e ENRICH), como forma de obter um valor de *alpha* de Cronbach para ambos.

Iniciaremos o teste ao nosso modelo conceptual com a análise da influência do estado de saúde do filho (ausência de doença crónica vs presença de doença crónica) em cada uma das nossas variáveis dependentes (VD's), recorrendo ao teste *t-Student* para amostras independentes, que testa se as médias de duas populações são ou não significativamente diferentes (Maroco, 2010). De seguida, investigaremos a influência conjunta do estado de saúde do filho com cada uma das eventuais variáveis moderadoras nas nossas VD's, através da *Anova Two-way*. Este teste permite estudar o efeito de duas variáveis independentes sobre a VD, analisando o grau de interação entre as duas (Maroco, 2010). Por último, e especificamente para a subamostra de cônjuges com filhos com doença crónica, investigaremos a influência das eventuais variáveis moderadoras relacionadas com a doença nas nossas VD's, através da *Anova One-way*, que permite testar se o comportamento da variável de medida é influenciado por uma variável independente (Maroco, 2010).

Optámos pela utilização do *t-Student* e da *Anova*, pois a dimensão da amostra é suficiente para efetuar uma aproximação à distribuição normal, uma vez que se trata de uma amostra grande. Como Maroco (2010) nos indica, uma amostra igual ou superior a 30 é considerada grande.

Sempre que possível e necessário, isto é, sempre que os resultados indiciam a existência de diferenças estatisticamente significativas, procedemos ao cálculo, *a posteriori*, da comparação múltipla de médias, através do teste de *Bonferroni*.

IV – Resultados

4.1. Características Psicométricas dos Instrumentos

EAM – Escala de Ajustamento Mútuo

Da análise do coeficiente de *alpha de Cronbach* da Escala de Ajustamento Mútuo (EAM), obtivemos para a escala total¹² um valor de 0,951 para uma média de resposta de 104,08 e um desvio-padrão de 20,186. Neste caso, o valor do *alpha de Cronbach* remete-nos para uma consistência interna muito boa. No que às subescalas¹³ diz respeito, obtivemos os seguintes *alphas de Cronbach*: 0,904 para o *consenso mútuo*, 0,872 para a *satisfação mútua*, 0,841 para a *coesão mútua* e, por fim, 0,691 para a *expressão afetiva*. Da análise dos coeficientes obtidos, sabemos que a consistência interna da subescala do *consenso mútuo* é considerada muito boa, a consistência interna da subescala da *satisfação mútua* e da *coesão mútua* é considerada boa e, finalmente, a consistência interna da subescala *expressão afetiva* é considerada fraca.

Da análise da correlação item-total corrigido (poder discriminativo dos itens) e *alpha de Cronbach* se retirado o item, não foram identificados itens com valores abaixo do desejável ($\alpha < 20$).

ENRICH – Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade

Da análise do coeficiente de *alpha de Cronbach* da Escala de Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade (ENRICH), obtivemos para a escala total¹⁴ um valor de 0,972 para uma média de respostas de 365,84 e um desvio-padrão de 64,330. Neste caso, o valor do *alpha de Cronbach* remete-nos para uma muito boa consistência interna.

Relativamente às subescalas¹⁵ – *idealização* (*alpha* igual a 0,846); *satisfação* (*alpha* igual a 0,866); *aspetos da personalidade* (*alpha* igual a 0,845); *comunicação* (*alpha* igual a 0,865); *resolução de conflitos* (*alpha*

¹² Anexo IV, 1.

¹³ Anexo IV, 1.1.

¹⁴ Anexo IV, 2.

¹⁵ Anexo IV, 2.1.

igual a 0,755); *gestão financeira* (*alpha* igual a 0,798); *atividades de lazer* (*alpha* igual a 0,837); *relações sexuais* (*alpha* igual a 0,879); *filhos e casamento* (*alpha* igual a 0,797); *família e amigos* (*alpha* igual a 0,756); *igualdade de papéis* (*alpha* igual a 0,764) e; *orientação religiosa* (*alpha* igual a 0,776) – apresentam uma boa consistência interna.

A análise item-total corrigido (poder discriminativo dos itens) e *alpha* de Cronbach se retirado o item, permite identificar alguns itens abaixo do valor 0,20. São eles, o item 70 (*alpha* igual a 0,107) da subescala de *resolução de conflitos*; item 49 (*alpha* igual a 0,057) da subescala *gestão financeira*; item 17 (*alpha* igual a 0,154) da subescala *atividades de lazer*; o item 11 (*alpha* igual a 0,162) da subescala *igualdade de papéis*; item 95 (*alpha* igual a 0,111) da subescala *orientação religiosa*. De todos os itens, pudemos verificar, que a sua exclusão não melhoraria significativamente a consistência das respectivas subescalas.

4.2. Ajustamento Conjugal

Influência do Estado de Saúde do Filho¹⁶ na Percepção do Ajustamento Conjugal¹⁷

Os resultados indicam que o estado de saúde do filho parece influenciar três das quatro subescalas da EAM. Especificamente, as diferenças revelam-se estatisticamente significativas no *consenso mútuo* ($t=2,559$; $p=0,013$), na *satisfação mútua* ($t=2,969$; $p=0,004$) e na *expressão afetiva* ($t=2,087$; $p=0,042$). Apenas no fator *coesão mútua* ($t=1,282$; $p=0,205$) as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas.

Destacar ainda que, em todos os fatores da EAM os cônjuges com filhos sem doença apresentam médias mais elevadas do que os cônjuges com filhos com doença, relatando, portanto, maior satisfação ao nível do ajustamento conjugal.

Influência Estado de Saúde do Filho/Sexo na Percepção do Ajustamento conjugal¹⁸

Os resultados obtidos indicam que a interação entre o estado de saúde

¹⁶ Por Estado de Saúde do Filho entende-se a presença de doença crónica vs ausência de doença crónica.

¹⁷ Anexo V, 1.

¹⁸ Anexo V, 2 e 2.1.

do filho e o sexo apenas se revela estatisticamente significativa no fator *consenso mútuo* ($F=7,379$; $p=0,009$). No que respeita aos cônjuges com filhos sem doença, parece que os sujeitos do sexo feminino (média=50,00; d.p.=11,458) apresentam *scores* de percepção de *consenso mútuo* mais elevados; ao contrário dos sujeitos do sexo masculino (média=46,50; d.p.=4,079), que apresentam *scores* mais baixos. Já os cônjuges com filhos com doença e do sexo feminino (média=38,96; d.p.=10,814) obtêm *scores* de percepção de *consenso mútuo* mais baixos; ao contrário dos indivíduos do sexo masculino (média=49,67; d.p.=7,246) que apresentam *scores* mais elevados.

Influência Estado de Saúde do Filho/Meio de Residência na Percepção do Ajustamento Conjugal¹⁹

Os resultados obtidos indicam que a interação entre o estado de saúde do filho e o meio de residência não influencia de forma estatisticamente significativa a percepção das várias dimensões do ajustamento conjugal ($p>0,05$).

Influência Estado de Saúde do Filho/Habilitações Literárias na Percepção do Ajustamento Conjugal²⁰

Os resultados obtidos indicam que a interação entre o estado de saúde do filho e as habilitações literárias não influencia de forma estatisticamente significativa a percepção das várias dimensões do ajustamento conjugal ($p>0,05$).

Influência Estado de Saúde do Filho/Duração da Relação de Casal na Percepção do Ajustamento Conjugal²¹

Os resultados obtidos indicam a existência de uma interação estatisticamente significativa entre o estado de saúde do filho e a duração da relação de casal no fator *satisfação mútua* ($F=4,067$; $p=0,006$) e no fator *expressão afetiva* ($F=2,587$; $p=0,047$). Como forma de percebermos quais as categorias da duração da relação de casal em que ocorrem essas diferenças estatisticamente significativas, procedemos à aplicação do teste *post-hoc* de

¹⁹ Anexo V, 2.

²⁰ Anexo V, 2.

²¹ Anexo V, 2 e 2.2.

Bonferroni. No entanto, de acordo com o teste *post-hoc de Bonferroni* não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as várias categorias em cada um das variáveis ($p>0,05$).

Influência Estado de Saúde do Filho/Etapa do Ciclo Vital da Família na Perceção do Ajustamento Conjugal²²

Os resultados obtidos indicam a existência de uma interação estatisticamente significativa entre o estado de saúde do filho e a etapa do ciclo vital da família no fator *consenso mútuo* ($F=3,661$; $p=0,032$) e no fator *satisfação mútua* ($F=3,937$; $p=0,025$). Como forma de percebermos quais as categorias da etapa do ciclo vital da família em que ocorrem essas diferenças estatisticamente significativas procedemos à aplicação do teste *post-hoc de Bonferroni*. No fator *consenso mútuo* os resultados sugerem que apenas as médias referentes à etapa família com filho entre 6 e 12 anos e à etapa família com filho com 13 ou mais sem nenhum filho fora de casa são significativamente diferentes ($p=0,034$).

No fator *consenso mútuo*, no que respeita aos cônjuges com filhos sem doença, parece que os sujeitos que se encontram na etapa família com filho entre 6 e 12 anos (média=51,60; d.p.=12,542) apresentam *scores* de perceção mais elevados; ao contrário dos sujeitos que se encontram na etapa família com filho com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa (média=47,67; d.p.=12,923), que apresentam *scores* mais baixos. Já os cônjuges com filhos com doença crónica que se encontram na etapa família com filho entre 6 e 12 anos (média=36,00; d.p.=10,667) apresentam *scores* de perceção mais baixos; ao contrário dos sujeitos que se encontram na etapa família com filho com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa (média=49,73; d.p.=7,458), que apresentam *scores* mais elevados.

Também no que respeita ao fator *satisfação mútua*, urgiu testarmos, *a posteriori*, que par(es) de médias diferem significativamente, recorrendo, então, ao teste de *Bonferroni*, o qual não encontra diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da variável etapa do ciclo vital da família na forma como percebem o fator *satisfação mútua* do ajustamento conjugal ($p>0,05$).

²² Anexo V, 2 e 2.3.

4.3. Funcionamento Conjugal

Influência do Estado de Saúde do Filho na Percepção do Funcionamento Conjugal²³

Os resultados indicam que o estado de saúde do filho parece influenciar nove das doze subescalas da ENRICH. Especificamente, as diferenças revelam-se estatisticamente significativas nos seguintes fatores: *aspectos da personalidade* ($t=3,512$; $p=0,001$); *comunicação* ($t=4,311$; $p=0,000$); *resolução de conflitos* ($t=3,545$; $p=0,001$); *atividades de lazer* ($t=3,931$; $p=0,000$); *relações sexuais* ($t=2,603$; $p=0,012$); *filhos e casamento* ($t=3,766$; $p=0,000$); *família e amigos* ($t=2,956$; $p=0,004$); *idealização* ($t=2,035$; $p=0,046$) e *satisfação* ($t=4,055$; $p=0,000$). Apenas nos fatores *gestão financeira* ($t=1,727$; $p=0,089$), *igualdade de papéis* ($t=1,114$; $p=0,270$) e *orientação religiosa* ($t=1,404$; $p=0,167$) as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas.

Destacar ainda que, em todos os fatores da ENRICH os cônjuges com filhos sem doença apresentam médias mais elevadas comparativamente com os cônjuges com filhos com doença, indiciando, portanto, maior satisfação ao nível do funcionamento conjugal.

Influência Estado de Saúde do Filho/Sexo na Percepção do Funcionamento Conjugal²⁴

Quanto às dimensões do funcionamento conjugal, parece que o estado de saúde do filho em interação com o sexo influencia a percepção dos fatores – *aspectos da personalidade* ($F=6,991$; $p=0,011$); *comunicação* ($F=6,482$; $p=0,014$); *resolução de conflitos* ($F=8,342$; $p=0,005$); *gestão financeira* ($F=6,557$; $p=0,013$); *atividades de lazer* ($F=6,263$; $p=0,015$); *filhos e casamento* ($F=8,208$; $p=0,006$) e *satisfação* ($F=4,244$; $p=0,044$).

Numa análise abrangente verificámos que os cônjuges com filhos sem doença e sendo cônjuges do sexo feminino apresentam *scores* de percepção mais elevados em todos os fatores nos quais foram identificadas diferenças estatisticamente significativas; ao contrário dos sujeitos do sexo masculino que apresentaram *scores* mais baixos. No que diz respeito aos cônjuges com filhos com doença verificou-se o inverso, isto é, os sujeitos do sexo feminino

²³ Anexo VI, 1.

²⁴ Anexo VI, 2 e 2.1.

apresentam *scores* de percepção mais baixos em todos os fatores comparativamente com os sujeitos do sexo masculino, que apresentam *scores* mais elevados.

No fator *aspetos da personalidade*, no que respeita aos cônjuges com filhos sem doença, parece que os sujeitos do sexo feminino (média=33,83; d.p.=7,610) apresentam *scores* de percepção mais elevados; ao contrário dos sujeitos do sexo masculino (média=32,17; d.p.= 5,813), que apresentam *scores* ligeiramente mais baixos. Já os cônjuges com filhos com doença do sexo feminino (média=23,91; d.p.=6,374) obtêm *scores* de percepção mais baixos; ao contrário dos indivíduos do sexo masculino (média=32,56; d.p.=9,710), que apresentam *scores* mais elevados.

No fator *comunicação*, no que respeita aos cônjuges com filhos sem doença, parece que os sujeitos do sexo feminino (média=38,39; d.p.=7,815) apresentam *scores* de percepção mais elevados; ao contrário dos sujeitos do sexo masculino (média=35,33; d.p.=4,250), que apresentam *scores* mais baixos. Já os cônjuges com filhos com doença do sexo feminino (média=27,04; d.p.=7,233) obtêm *scores* de percepção mais baixos; ao contrário dos indivíduos do sexo masculino (média=33,89; d.p.=8,667), que apresentam *scores* de percepção mais elevados.

No fator *resolução de conflitos*, no que respeita aos cônjuges com filhos sem doença, parece que os sujeitos do sexo feminino (média=32,28; d.p.=5,154) apresentam *scores* de percepção ligeiramente mais elevados; ao contrário dos sujeitos do sexo masculino (média=30,25; d.p.=4,093), que apresentam *scores* mais baixos. Já os cônjuges com filhos com doença e sendo cônjuges do sexo feminino (média=24,57; d.p.=5,639) obtêm *scores* de percepção mais baixos; ao contrário dos indivíduos do sexo masculino (média=30,89; d.p.=6,294), que apresentam *scores* de percepção mais elevados.

No fator *gestão financeira*, no que respeita aos cônjuges com filhos sem doença, parece que os sujeitos do sexo feminino (média=34,61; d.p.=5,326) apresentam *scores* de percepção mais elevados; ao contrário dos sujeitos do sexo masculino (média=31,33; d.p.=6,760), que apresentam *scores* mais baixos. Já os cônjuges com filhos com doença do sexo feminino (média=28,57; d.p.=7,621) obtêm *scores* de percepção mais baixos; ao contrário dos indivíduos do sexo masculino (média=34,56; d.p.=6,386), que

obtêm *scores* de percepção mais elevados.

No fator *atividades de lazer*, no que respeita aos cônjuges com filhos sem doença, parece que os sujeitos do sexo feminino (média=34,44; d.p.=6,090) apresentam *scores* de percepção mais elevados; ao contrário dos sujeitos do sexo masculino (média=30,58; d.p.=4,926), que apresentam *scores* mais baixos. Os cônjuges com filhos com doença e do sexo feminino (média=25,74; d.p.=5,801) obtêm *scores* de percepção mais baixos; ao contrário dos indivíduos do sexo masculino (média=29,78; d.p.=6,438), que obtêm *scores* de percepção mais elevados.

No fator *filhos e casamento*, no que respeita aos cônjuges com filhos sem doença, parece que os sujeitos do sexo feminino (média=37,11; d.p.=6,125) apresentam *scores* de percepção ligeiramente mais elevados; ao contrário dos sujeitos do sexo masculino (média=35,25; d.p.=4,434), que apresentam *scores* de percepção mais baixos. Já os cônjuges com filhos com doença do sexo feminino (média=28,65; d.p.=5,797) obtêm *scores* de percepção mais baixos; ao contrário dos sujeitos do sexo masculino (média=35,56; d.p.=5,659), que obtêm *scores* de percepção mais elevados.

Por fim, no fator *satisfação* parece que os cônjuges com filhos sem doença e do sexo feminino (média=50,00; d.p.=11,458) obtêm valores médios mais elevados comparativamente com os sujeitos do sexo masculino (média=46,50; d.p.=4,079), que apresentam valores médios mais baixos. No que diz respeito aos cônjuges com filhos com doença, parece que os sujeitos do sexo feminino (média=28,78; d.p.=6,557) obtêm *scores* de percepção mais baixos; ao contrário dos sujeitos do sexo masculino (média=35,00; d.p.=7,599), que apresentam *scores* de percepção de *satisfação* mais elevados.

Influência Estado de Saúde do Filho/Meio de Residência na Percepção do Funcionamento Conjugal²⁵

Os resultados obtidos indicam que a interação entre o estado de saúde do filho e o meio de residência não influencia de forma estatisticamente significativa a percepção das várias dimensões do funcionamento conjugal ($p > 0,05$).

²⁵ Anexo VI, 2.

Influência Estado de Saúde do Filho/Habilitações Literárias na Percepção do Funcionamento Conjugal²⁶

Os resultados obtidos indicam que a interação entre o estado de saúde do filho e as habilitações literárias não influencia de forma estatisticamente significativa a percepção das várias dimensões do funcionamento conjugal ($p > 0,05$).

Influência Estado de Saúde do Filho/Duração da Relação de Casal na Percepção do Funcionamento Conjugal²⁷

Quanto às dimensões do funcionamento conjugal, parece que o estado de saúde do filho em interação com a duração da relação de casal influencia a percepção dos fatores – *aspectos da personalidade* ($F=5,152$; $p=0,001$); *comunicação* ($F=3,628$; $p=0,011$); *resolução de conflitos* ($F=6,557$; $p=0,000$); *gestão financeira* ($F=2,639$; $p=0,044$); *relações sexuais* ($F=4,857$; $p=0,002$); *filhos e casamento* ($F=2,619$; $p=0,045$); *idealização* ($F=2,645$; $p=0,044$) e *satisfação* ($F=3,903$; $p=0,008$). Como forma de percebermos quais as categorias da duração da relação de casal em que ocorrem essas diferenças estatisticamente significativas, procedemos à aplicação do teste *post-hoc* de *Bonferroni*. No entanto, de acordo com o teste de *Bonferroni* não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as várias categorias em cada uma das variáveis ($p > 0,05$).

Influência Estado de Saúde do Filho/Etapa do Ciclo Vital da Família na Percepção do Funcionamento Conjugal²⁸

Quanto às dimensões do funcionamento conjugal, parece que o estado de saúde do filho em interação com a etapa do ciclo vital da família influencia a percepção dos fatores – *aspectos da personalidade* ($F=12,593$; $p=0,000$); *comunicação* ($F=6,569$; $p=0,003$); *resolução de conflitos* ($F=7,456$; $p=0,001$); *atividades de lazer* ($F=3,549$; $p=0,035$); *relações sexuais* ($F=3,866$; $p=0,027$); *família e amigos* ($F=3,537$; $p=0,036$) e *satisfação* ($F=4,607$; $p=0,014$). Como forma de percebermos quais as categorias da etapa do ciclo vital da família em que ocorrem essas diferenças estatisticamente significativas procedemos à aplicação do teste *post-hoc* de

²⁶ Anexo VI, 2.

²⁷ Anexo VI, 2 e 2.2.

²⁸ Anexo VI, 2 e 2.3.

Bonferroni. No fator *comunicação* os resultados sugerem que apenas as médias referentes à etapa família com filhos entre 6 e 12 anos e à etapa família com filho com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa são significativamente diferentes ($p=0,048$).

No fator *comunicação*, no que respeita aos cônjuges com filhos sem doença, parece que os sujeitos que se encontram na etapa família com filho entre 6 e 12 anos (média=39,00; d.p.=3,536) apresentam *scores* de percepção de *comunicação* mais elevados; ao contrário dos sujeitos que se encontram na etapa família com filho com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa (média=35,33; d.p.=9,367), que obtém valores médios mais baixos. Já os cônjuges com filhos com doença crónica que se encontram na etapa filho entre 6 e 12 anos (média=26,33; d.p.=6,555) apresentam *scores* de percepção de *comunicação* mais baixos; ao contrário dos sujeitos que se encontram na etapa família com filhos com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa (média=35,73; d.p.=6,389), que apresentam *scores* mais elevados.

Também no que respeita ao fator *relações sexuais*, urgiu testarmos, *a posteriori*, que par(es) de médias diferem significativamente. Recorrendo, então, ao teste de *Bonferroni* obtivemos resultados que nos permitem inferir que as diferenças surgem, novamente, entre a etapa família com filho entre 6 e 12 anos e a etapa família com filho com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa ($p=0,041$).

No fator *relações sexuais*, no que respeita aos cônjuges com filhos sem doença verifica-se que os valores médios são muito semelhantes, uma vez que os sujeitos que se encontram na etapa família com filho entre 6 e 12 anos (média=34,40; d.p.=5,857) apresentam *scores* de percepção ligeiramente mais elevados, comparativamente com os sujeitos que se encontram na etapa família com filho com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa (média=34,33; d.p.=5,523). No que diz respeito aos cônjuges com filhos com doença verifica-se uma diferença mais acentuada nos valores médios referentes às categorias, uma vez que os indivíduos que se encontram na etapa família com filho entre 6 e 12 anos (média=27,58; d.p.=7,982) apresentam *scores* de percepção de *relações sexuais* mais baixos; ao contrário dos sujeitos que se encontram na etapa com filho com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa (média=36,45; d.p.=6,502), que apresentam *scores* de percepção de *relações sexuais* mais elevados.

Também relativamente ao fator *família e amigos*, urgiu, testarmos, *a posteriori*, que par(es) de médias diferem significativamente. Recorrendo ao teste de *Bonferroni* obtivemos resultados que nos permitem inferir que existem diferenças estaticamente significativas entre a etapa família com filho entre 6 e 12 anos e a etapa com filho com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa ($p=0,031$).

No fator *família e amigos*, relativamente aos cônjuges com filhos sem doença verifica-se que os valores médios referentes às categorias são muito semelhantes, uma vez que os sujeitos que se encontram na etapa família com filho entre 6 e 12 anos (média=32,00; d.p.=4,000) apresentam *scores* de percepção ligeiramente mais elevados comparativamente com os sujeitos que se encontram na etapa com filho com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa (média=31,00; d.p.=8,031), que apresentam *scores* de percepção ligeiramente mais baixos. Pelo contrário, no que respeita aos cônjuges com filhos com doença verifica-se uma diferença mais acentuada nos valores médios referentes às categorias, uma vez que os sujeitos que se encontram na etapa família com filho entre 6 e 12 anos (média=24,83; d.p.=4,448) apresentam *scores* de percepção mais baixos comparativamente com os sujeitos que se encontram na etapa com filho com 13 anos ou mais sem nenhum filho fora de casa (média=32,27; d.p.=6,502), que apresentam *scores* de percepção de *família e amigos* mais elevados.

De destacar que, também, recorreremos ao teste *post hoc* de *Bonferroni* relativamente aos fatores *aspetos da personalidade, resolução de conflitos, atividades de lazer e satisfação*. Contudo, para estes fatores, o referido teste não encontra diferenças estatisticamente significativas entre as várias categorias da variável etapa do ciclo vital da família ($p > 0,05$).

4.4. Subamostra Cônjuges com Filhos com Doença Crónica – Ajustamento Conjugal

Influência da Fase Psicossocial da Doença na Percepção do Ajustamento Conjugal²⁹

Quanto às dimensões do ajustamento conjugal, parece que a fase psicossocial da doença apenas influencia a percepção do fator *satisfação mútua* ($F=7,909$; $p=0,009$). No fator *satisfação mútua*, os sujeitos cujos

²⁹ Anexo VII, 1 e 2.

filhos se encontram na fase de crise (média=27,00; d.p.=5,425) apresentam *scores* de percepção mais baixos comparativamente com os sujeitos cujos filhos se encontram na fase crónica da doença (média=34,46; d.p.=6,789), que apresentam *scores* de percepção de *satisfação mútua* mais elevados.

Influência da Gravidade Percebida da Doença na Percepção do Ajustamento Conjugal³⁰

Os resultados indicam que a gravidade percebida da doença não influencia de forma estatisticamente significativa a percepção das várias dimensões do ajustamento conjugal ($p > 0,05$).

4.5. Subamostra Cônjuges com Filhos com Doença Crónica – Funcionamento Conjugal

Influência da Fase Psicossocial da Doença na Percepção do Funcionamento Conjugal³¹

Quanto às dimensões do funcionamento conjugal, parece que a fase psicossocial da doença influencia sete das doze subescalas da ENRICH. Especificamente, as diferenças revelam-se estatisticamente significativas nos seguintes fatores: *aspetos da personalidade* ($F=4,230$; $p=0,049$); *comunicação* ($F=9,181$; $p=0,005$); *resolução de conflitos* ($F=11,297$; $p=0,002$); *gestão financeira* ($F=6,757$; $p=0,014$); *relações sexuais* ($F=7,852$; $p=0,009$); *idealização* ($F=7,680$; $p=0,009$) e *satisfação* ($F=5,173$; $p=0,030$).

Numa análise abrangente, verificámos que os sujeitos cujos filhos se encontram na fase de crise da doença apresentam *scores* de percepção mais baixos em todos os fatores nos quais foram identificadas diferenças estatisticamente significativas; ao contrário dos sujeitos cujos filhos se encontram na fase crónica da doença, que apresentam *scores* de percepção mais elevados. No fator *aspetos da personalidade*, os sujeitos cujos filhos se encontram na fase de crise (média=21,38; d.p.=5,975) apresentam *scores* de percepção mais baixos comparativamente com os sujeitos cujos filhos se encontram na fase crónica (média=28,00; d.p.=8,387), que apresentam *scores* de percepção mais elevados.

No fator *comunicação*, os pais dos doentes que se encontram na fase

³⁰ Anexo VII, 1.

³¹ Anexo VIII, 1 e 2.

de crise (média=22,25; d.p.=4,234) obtêm valores médios mais baixos comparativamente com os pais dos que se encontram na fase crónica (média=31,21; d.p.=7,934), que obtêm valores médios mais elevados.

No fator *resolução de conflitos*, os sujeitos cujos filhos se encontram na fase de crise (média=20,63; d.p.=3,021) apresentam *scores* de perceção mais baixos comparativamente com os sujeitos cujos filhos se encontram na fase crónica (média=28,25; d.p.=6,124), que apresentam *scores* de perceção mais elevados.

Também no fator *gestão financeira*, os sujeitos cujos filhos se encontram na fase de crise (média=24,63; d.p.=6,781) apresentam *scores* de perceção mais baixos comparativamente com os sujeitos cujos filhos se encontram na fase crónica (média=32,13; d.p.=7,152), que apresentam *scores* de perceção mais elevados.

No fator *relações sexuais* verifica-se o mesmo, os pais dos que se encontram na fase de crise (média=23,25; d.p.=6,756) apresentam *scores* de perceção mais baixos; ao contrário dos pais dos que se encontram na fase crónica da doença (média=32,67; d.p.=8,631), que apresentam *scores* de perceção mais elevados.

Também no fator *idealização*, os sujeitos cujos filhos se encontram na fase de crise (média=10,88; d.p.=2,167) obtêm valores médios mais baixos comparativamente com os sujeitos cujos filhos se encontram na fase crónica (média=17,13; d.p.=6,195), que obtêm valores médios mais elevados.

Por fim, no fator *satisfação* verifica-se que os sujeitos cujos filhos se encontram na fase de crise (média=25,75; d.p.=5,676) apresentam *scores* de perceção mais baixos comparativamente com os sujeitos cujos filhos se encontram na fase crónica (média=32,13; d.p.=7,189), que apresentam *scores* de perceção de *satisfação* mais elevados.

A interação com os restantes fatores não se revelou estatisticamente significativa – *atividades de lazer* ($F=1,442$; $p=0,239$); *filhos e casamento* ($F=1,747$; $p=0,196$); *família e amigos* ($F=0,706$; $p=0,407$); *igualdade de papéis* ($F=0,115$; $p=0,737$) e *orientação religiosa* ($F=2,144$; $p=0,153$).

Influência da Gravidade Percebida da Doença na Percepção do Funcionamento Conjugal³²

Os resultados obtidos indicam que a gravidade percebida da doença não influencia de forma estatisticamente significativa a percepção das várias dimensões do funcionamento conjugal ($p > 0,05$).

V – Discussão

Partindo dos objetivos levantados, e tendo em conta os resultados alcançados com os dois instrumentos, refletimos agora sobre os principais resultados.

Iniciamos a nossa discussão pelo *Ajustamento Conjugal*.

Ao analisarmos a influência do **estado de saúde do filho** na percepção do ajustamento conjugal, verificámos que o estado de saúde do filho parece influenciar a percepção das seguintes dimensões: *consenso mútuo*; *satisfação mútua* e *expressão afetiva*. Destacar ainda que, em todas as dimensões da EAM os cônjuges com filhos sem doença apresentam médias mais elevadas do que os cônjuges com filhos com doença, relatando, portanto, maior satisfação ao nível do ajustamento conjugal. Este resultado parece corroborar os estudos que apontam para o impacto negativo da doença crónica dos filhos na relação conjugal (Steffen & Castoldi, 2006; Berge, Patterson, & Rueter, 2006; Walker, Manion, Cloutier & Johnson, 1992; Whyte, 1992).

De acordo com literatura, a doença crónica, enquanto crise não normativa (Sousa, Relvas, & Mendes, 2007), tem um impacto significativo no seio familiar, sendo compreendida como um acontecimento de vida *stressante*. Ao adotarmos uma perspetiva sistémica podemos pressupor que este impacto se repercute a todos os subsistemas familiares e, particularmente, ao conjugal, já que os seus atores pertencem simultaneamente ao sistema parental responsável pelos cuidados a prestar à criança e, em caso de doença, intervenientes no processo de adaptação e de resposta aos desafios e exigências associados às necessidades especiais da criança.

A dinâmica conjugal é modificada com o aparecimento dos filhos, pois estes implicam um novo período de reorganização familiar (Carter & McGoldrick, 2001). Se já pode constituir uma dificuldade para o casal

³² Anexo VIII, 1.

adquirir um *consenso* na educação de um filho saudável, maior parece ser o desafio quando ele é portador de uma doença devido ao leque mais vasto e complexo de decisões e tarefas a definir e cumprir (Steffen & Castoldi, 2006). Santos (2010) refere que a falta de consenso em casais com filhos doentes está, muitas vezes, associado à discussão e tomada de decisão sobre múltiplos aspetos da doença, tais como, a procura e escolha dos serviços de saúde, a adesão aos tratamentos, a escolhas sobre a mudança dos estilos de vida familiar, a definição de papéis e partilha de responsabilidades em relação aos cuidados a prestar à criança. Com efeito, as exigências colocadas pela doença da criança podem causar conflitos em torno da distribuição das tarefas familiares, o que consequentemente pode concorrer para a redução da *satisfação conjugal* (Santos, 2010; Silva *et al.*, 2010).

No que respeita à *expressão afetiva*, alguns estudos têm destacado o impacto negativo da doença crónica no filho ao nível desta dimensão do ajustamento conjugal. Evans, Cottrell e Shiach (2000) observaram que os pais de crianças hemofílicas reportaram mais dificuldades em termos de *expressão afetiva* do que pais de crianças saudáveis. De uma forma geral, os resultados alcançados com a nossa amostra parecem ir, também, ao encontro dos obtidos num estudo realizado por Quitter e colaboradores (1998), que reportaram que os pais de crianças doentes apresentavam maior desacordo em relação à divisão de tarefas domésticas e em relação aos papéis parentais e maior insatisfação com as demonstrações de afeto entre o casal.

A interação entre o **estado de saúde do filho e o sexo** apenas influencia a dimensão *consenso mútuo*. No que diz respeito aos cônjuges com filhos saudáveis, verifica-se que as mulheres manifestam *scores* de perceção ligeiramente mais elevados comparativamente aos homens. Contudo, é na subamostra de cônjuges com filhos doentes que a diferença para além de inversa, se revela mais acentuada e significativa, verificando-se que as mulheres apresentam *scores* mais baixos comparativamente aos homens. Deste modo, supõe-se que são as mães de crianças com doença crónica que percecionam um maior desacordo com o parceiro relativamente a assuntos importantes para a relação conjugal. De acordo com a literatura consultada, as mães com filhos com doença crónica tendem a ter mais dificuldades e a sofrer de maior perturbação que os pais (Santos, 1998). Com efeito, embora se venha a verificar uma mudança gradual de mentalidades na

nossa sociedade, grande parte das tarefas domésticas e das responsabilidades pelo cuidados dos filhos continuam a estar a cargo das mulheres, o que poderá levar a que experimentem exigências superiores aos seus recursos pessoais e, conseqüentemente, maior perturbação (Breslau, Staruch, & Mortimer, 1982; Jonhson, 1985; Mullins, Olson, Reyes, Bernandy, Huszti & Volk, 1991; Thompson, Gil, Burbach, Keith & Kinney, 1993; Timko, Stovel & Moos, 1992, como citado em Santos, 1998). Os pais (homens) tendem a estar menos envolvidos nos cuidados com os filhos, a saberem menos acerca da doença e, de modo geral, a sentirem-se menos perturbados (Eiser, Havermans, Pancer & Eiser, 1992, como citado em Santos, 1998). Assim, colocamos a hipótese de na nossa amostra as mães de crianças com doença assumirem o papel de principal cuidadora, o que corresponde a uma sobrecarga de responsabilidades e a níveis elevados de tensão, em especial quando não existe partilha dessas responsabilidades com o cônjuge, o que, poderá, traduzir-se numa percepção mais desfavorável do *consenso mútuo*.

A interação **estado de saúde do filho/meio de residência** não exerce influência na percepção das várias dimensões do ajustamento conjugal. Arriscamos dizer que o isolamento dos habitantes rurais tem vindo a diminuir devido à melhoria dos transportes e comunicações. Sendo a atual acessibilidade aos transportes, aos serviços sociais e de saúde e a diversidade de programas informativos e de entretenimento possíveis explicações para a inexistência de uma interação estatisticamente significativa.

As interações **estado de saúde do filho/habilitações literárias e estado de saúde do filho/duração da relação de casal** também não influenciam a percepção das várias dimensões do ajustamento conjugal. Perante este resultado, pensamos poder inferir que as habilitações dos cônjuges e a duração da relação do casal não constituem fatores de proteção ou fatores de risco para os sujeitos. Talvez porque o ser humano deseje coisas semelhantes para si mesmo, ou seja, ser amado, respeitado, sentir-se seguro, partilhar desejos e sonhos, ter as suas necessidades físicas, emocionais e espirituais satisfeitas, bem como, ter a possibilidade de dividir tudo isso com alguém especial ao longo da vida.

A interação **estado saúde do filho/etapa do ciclo vital da família** influencia a percepção das dimensões *consenso mútuo* e *satisfação mútua*, no entanto apenas se verificou a existência de diferenças estatisticamente

significativas entre as várias categorias da etapa do ciclo vital da família na percepção da dimensão *consenso mútuo*, especificamente, entre a “etapa família com filhos na escola” e a “etapa família com filhos adolescentes”. No que diz respeito aos cônjuges com filhos saudáveis, verifica-se que os que se encontram na “etapa família com filhos na escola” manifestam *scores* de percepção ligeiramente mais elevados comparativamente com os que se encontram na “etapa família com filhos adolescentes”. Contudo, é na subamostra de cônjuges com filhos doentes que a diferença, para além de inversa, se revela mais acentuada e significativa, verificando-se que os sujeitos que se encontram na “etapa família com filhos na escola” apresentam *scores* de percepção de *consenso mútuo* mais baixos do que os sujeitos que se encontram na “etapa família com filhos adolescentes”. Deste modo, supõe-se que os pais de crianças doentes que se encontram na “etapa família com filhos na escola” percecionam um maior desacordo relativamente a assuntos importantes para a relação conjugal; ao contrário os pais de crianças doentes que se encontram na “etapa família com filhos adolescentes” apresentam uma percepção mais favorável (maior acordo em assuntos importantes para a relação, tais como dinheiro, religião, diversão, amigos, tarefas domésticas e tempo passado junto). Podemos compreender este dado atendendo às dificuldades que as famílias sentem aquando entrada dos filhos na escola, nomeadamente no que se refere à separação entre pais e filhos e à abertura ao exterior. A etapa do ciclo vital “família com filhos na escola” constitui uma das etapas mais exigentes em termos de adequação do funcionamento e estrutura familiar. Nas famílias com filhos com doença crónica estas tarefas poderão ser ainda mais exigentes, quando comparadas com as famílias da população geral, uma vez que têm de, simultaneamente, dar resposta às necessidades colocadas pela doença. Assim, colocamos a hipótese de que esta etapa, marcada pela necessidade de reorganização familiar e pela exigência de tomar decisões familiares importantes para continuar a responder às necessidades especiais da criança, pode desafiar o grau de consenso entre os casais. Na “etapa família com filhos adolescentes”, os filhos são mais independentes e compreendem melhor a doença, os sintomas e os procedimentos de tratamento, o que lhes pode conferir um papel mais participativo sobre os cuidados com a própria saúde, pelo que requerem menos tarefas por parte dos pais. Do nosso ponto de

vista, este aspeto pode representar uma diminuição da sobrecarga associada ao papel de cuidadores, o que pode proporcionar um novo reinvestimento mútuo na relação de casal.

Agora, iremos debruçar-nos sobre o *Funcionamento Conjugal*.

Ao analisarmos a influência do **estado de saúde do filho** na percepção do funcionamento conjugal, verificamos que o estado de saúde do filho parece influenciar a percepção das seguintes dimensões: *aspetos da personalidade; comunicação; resolução de conflitos; atividades de lazer; relações sexuais; filhos e casamento; família e amigos; idealização e satisfação*. Destacar ainda que, em todas as dimensões da ENRICH os cônjuges com filhos sem doença apresentam valores médios mais elevados comparativamente com os cônjuges com filhos com doença, indiciando que estes últimos manifestam maior insatisfação ao nível do funcionamento conjugal.

Vários estudos descobriram que a tensão devida ao papel de cuidador, os sintomas depressivos, os conflitos e o *stress* aumentam (Canning, Harris & Kelleher, 1996; Frankel & Wambolt, 1998; Foster, Bryon & Eiser, 1998; Ireys & Silver, 1996; Shore, Austin, Huster & Dunn, 2002, como citado em Berge, Patterson, & Rueter, 2006), enquanto que a comunicação, as relações sexuais, o tempo recreativo passado em conjunto e a *satisfação* diminuem (Eddy *et al.*, 1998; Knafl & Zoeller, 2000; Silver, Westbrook & Stein, 1998, como citado em Berge, Patterson & Rueter, 2006). Com efeito, algumas das dimensões do funcionamento conjugal reportadas no nosso estudo como significativas, têm sido, igualmente, destacadas na literatura, como sendo particularmente afetadas pela presença de doença crónica no filho do casal.

Na dimensão *aspetos da personalidade*, os baixos resultados indicam um baixo nível de aceitação e desconforto com o comportamento do cônjuge. Podemos supor que a presença da doença pode levar cada um dos cônjuges a criar mais expectativas (por exemplo, de maior receção de apoio, coesão, partilha e proximidade) e a exigir mais do outro, inclusive, mudança de comportamentos e de estilo de vida, como forma de responder às alterações impostas pela doença.

Uma outra dimensão da conjugalidade desafiada pela doença é a *comunicação*. O casal pode manifestar dificuldade ou mesmo indisponibilidade temporal (devido ao papel de cuidador) para discutir temas

difíceis e sensíveis, como o medo da morte e evolução da doença. Existe, aliás, uma tendência para o casal manter um padrão de comunicação superficial, inibindo o manifestar aberto de sentimentos, medos e receios face à doença (Góngora, 2004). O casal, ao não expressar e partilhar abertamente as suas emoções, gera um maior distanciamento entre si, o que poderá potencializar uma maior insatisfação conjugal.

Quanto à dimensão *resolução de conflitos*, hipotetizamos que as alterações na vida conjugal, como o aumento de responsabilidades de cuidado para com a criança, mudanças de rotina e restrições de tempo, podem implicar um aumento da perturbação emocional em cada um dos cônjuges e dificultar a existência de uma comunicação funcional entre ambos o que, conseqüentemente, contribuirá para o aumento da probabilidade de ocorrência de conflitos. Outro aspeto referido como causa de perturbação conjugal, e também evidenciado no nosso estudo, é a insatisfação sobre a utilização do tempo livre na relação de casal (*atividades de lazer*). A necessidade de dar uma resposta continuada às exigências que a doença coloca implica, muitas vezes, uma diminuição do tempo disponível e da energia necessária para satisfazer outras necessidades individuais, conjugais e familiares (Barbain, Hughes & Chesler, 1985). Esta indisponibilidade de tempo, e o permanente cansaço, refletem-se na ausência de atividades recreativas do casal, que frequentemente afirma não ter tempo para dedicar um ao outro (Kazak, Reber & Carter, 1988; Stein & Riessman, 1980, como citado em Santos, 2010).

Outra questão que está relacionada com as alterações da união entre o casal reporta aos efeitos sobre a sua intimidade (*relações sexuais*). Por se destinar grande parte do tempo aos cuidados com o filho e, como tal, ser mais desafiante articular as várias áreas de vida, parece não restar tempo de qualidade para encontros íntimos. Parece não se tratar apenas de uma questão de tempo, mas também de disposição física e emocional, muitas vezes, limitada pelo *stress* vivido em torno da condição da criança (Steffen & Castoldi, 2006).

Na dimensão *filhos e casamento*, os baixos resultados apresentados pelos cônjuges com filhos doentes refletem falta de consenso nas decisões sobre ter filhos, preocupação sobre o impacto dos filhos na relação de casal e desconforto com as perceções dos papéis e responsabilidades parentais. Este

dado não nos surpreende, na medida em que uma das áreas de maior perturbação conjugal nos casais com filhos doentes prende-se, precisamente, com a dificuldade em reorganizar e articular os papéis parentais que se revelam mais exigentes devido à sobrecarga e ao *stress* associados aos cuidados para com a criança (Santos, 2010).

No que diz respeito à dimensão *família e amigos*, pesquisas recentes têm demonstrado que o apoio familiar e social recebido pelas famílias com crianças doentes tende a ser menor do que o apoio recebido por famílias com crianças saudáveis (Castro & Piccinini, 2002). Os autores salientam que, muitas vezes, os parentes e amigos criticam as escolhas feitas pelos pais, contribuindo para a emergência de conflitos e para o isolamento social. A família alargada pode representar um suporte fundamental permitindo o descanso parental e dando suporte emocional e instrumental. Contudo, para muitos casais a doença pode implicar dificuldades no relacionamento com outras pessoas, fora do núcleo familiar, limitando a noção de um sistema de suporte social disponível. A perceção de incompreensão por parte dos outros e a indisponibilidade para ajudar parece justificar-se, muitas vezes, pela falta de informação sobre a doença (Cunha, 2011). Assim, hipotetizamos que o receio de alguns familiares em lidar com as responsabilidades associadas à doença compromete a possibilidade da família alargada e dos amigos representarem uma fonte de suporte

Quanto à dimensão *idealização*, os baixos resultados não nos surpreendem, uma vez que níveis elevados de idealização são mais comuns em casais de namorados, tendendo a decrescer desde o início da relação até aos dez anos (Lourenço, 2006). Se atendermos às características da subamostra cônjuges com filhos doentes verificamos que apenas 6,3% têm uma duração de relação entre 0 a 3 anos (idealização), predominando os sujeitos com uma relação de 4 a 10 anos (43,8%).

A interação entre o **estado de saúde do filho e o sexo** influencia as seguintes dimensões: *aspetos da personalidade; comunicação; resolução de conflitos; gestão financeira; atividade de lazer; filhos e casamento e satisfação*. É na subamostra de cônjuges com filhos doentes que a diferença entre os valores médios se revela mais acentuada e significativa, verificando-se que as mulheres apresentam *scores* mais baixos comparativamente aos homens, em todas as dimensões referidas. Deste modo, supõe-se que são as

mães de crianças com doença crónica que apresentam uma percepção mais desfavorável em relação às várias dimensões do funcionamento conjugal.

Na dimensão *aspetos da personalidade*, as mães de crianças doentes crónicas indiciam um baixo nível de aceitação e desconforto com o comportamento do cônjuge. Na dimensão *comunicação*, as mães de crianças doentes manifestam insatisfação com o nível e tipo de comunicação na relação. Na dimensão *resolução de conflitos*, os baixos resultados das mães de crianças doentes refletem insatisfação com a forma como os conflitos são resolvidos. Na dimensão *gestão financeira*, os resultados mais baixos das mães com crianças doentes indicam preocupações várias com a gestão financeira. Na dimensão *atividades de lazer*, os resultados mais baixos das mães com crianças doentes refletem insatisfação sobre a utilização do tempo livre na relação do casal. Na dimensão *filhos e casamento*, as mães de crianças doentes apresentam uma percepção mais desfavorável (preocupação sobre o impacto dos filhos na relação e desconforto com as percepções dos papéis e responsabilidades parentais). Por fim, na dimensão *satisfação*, os resultados mais baixos das mães com filhos doentes refletem falta de satisfação e preocupação com vários aspetos do casamento. Estes dados corroboram o estudo de Yeh (2002) que sugere a existência de diferenças de género na percepção da satisfação conjugal, demonstrando que, comparativamente aos pais, as mães de crianças com doença revelam maior insatisfação com o casamento. Barbarin e colaboradores (1985) salientam, ainda, a ideia de que as mulheres que percecionam o seu parceiro como ativamente envolvido no cuidado médico da criança tendem a avaliar a qualidade do seu relacionamento de uma forma mais positiva do que as mulheres cujo parceiro não está tão envolvido nas tarefas de cuidado e nas responsabilidades parentais.

Analisando estes resultados, remetemos para uma reflexão já anteriormente abordada de que, na nossa amostra, as mães de crianças com doença assumem, como tradicionalmente lhes foi conferido, o papel de “donas-de-casa”, esposas, mães e cuidadoras principais, o que poderá corresponder a uma sobrecarga de responsabilidades, sobretudo, quando não se verifica uma partilha dessas tarefas com o cônjuge, o que, provavelmente, influenciará uma percepção mais negativa do funcionamento conjugal.

A interação **estado de saúde do filho/meio de residência** não exerce

influência na percepção das várias dimensões do funcionamento conjugal. Perante tal, hipotetizamos que a eventual dificuldade, ainda, associada ao meio rural, de aceder a recursos e oportunidades que constituem fatores nucleares dos processos de desenvolvimento, tem vindo a diminuir

A interação **estado de saúde do filho/habilitações literárias** também não influencia a percepção das várias dimensões do funcionamento conjugal. Começamos por salientar que o nível de escolaridade não tem sido uma variável muito explorada nos estudos sobre conjugalidade. De acordo com a literatura, os indivíduos com um nível mais elevado de literacia tendem a lidar mais facilmente com as mudanças de vida e com o *stress*. Por outro lado, as pessoas com um grau de literacia pobre têm menos acesso à informação e conhecimentos mais limitados (Vaz Serra, 2005). Um baixo nível de literacia está, ainda, frequentemente associado a um nível económico mais baixo, bem como a condições de vida e de trabalho mais desfavorecidas, enquanto as pessoas com habilitações literárias superiores tendem a pertencer a um nível socioeconómico mais elevado. Considerando esta informação, poderíamos esperar a existência de diferenças entre os cônjuges que detém menos estudos e os cônjuges com mais habilitações literárias. Do nosso ponto de vista, a inexistência de diferenças significativas poderá estar relacionada com uma cada vez maior aproximação entre as classes, além de que, ter mais habilitações literárias, no presente e em Portugal, não significa necessariamente ter um melhor emprego ou ser melhor remunerado.

A interação **estado de saúde do filho/duração da relação de casal** influencia algumas das dimensões do funcionamento conjugal. Contudo, para essas dimensões, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as várias categorias da variável duração da relação de casal, o que limita substancialmente a interpretação deste resultado. Como forma de justificar este resultado, partimos do pressuposto de que a relação conjugal é uma construção. Isto é, a conjugalidade é concebida como um processo contínuo, exigindo um mútuo e permanente envolvimento dos cônjuges (Bozon, 2001).

Quanto à interação **estado saúde do filho/etapa do ciclo vital da família** verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as várias categorias da variável etapa do ciclo vital da família nas

dimensões *comunicação*, *relações sexuais* e *família e amigos*, especificamente, entre a “etapa família com filhos na escola” e a “etapa família com filhos adolescentes”. Relativamente a estas dimensões, verificámos que é na subamostra de cônjuges com filhos doentes que a diferença dos valores médios se revela mais acentuada e significativa, verificando-se que os sujeitos que se encontram na “etapa família com filhos na escola” apresentam *scores* de perceção mais baixos comparativamente com os sujeitos que se encontram na “etapa família com filhos adolescentes”.

Na dimensão *comunicação*, os baixos resultados associados à “etapa família com filhos na escola” refletem deficiência no nível de comunicação. Por sua vez, os resultados mais elevados na “etapa família com filhos adolescentes” refletem maior satisfação com o nível e tipo de comunicação na relação. Na dimensão *relações sexuais*, os cônjuges na “etapa família com filhos na escola” manifestam uma perceção mais desfavorável (insatisfação com a expressão de afeto na relação, inquietação sobre o papel da sexualidade no casamento e/ou desacordo nas decisões sobre o controlo da natalidade). Por fim, na dimensão *família e amigos* os cônjuges na “etapa família com filhos na escola” apresentam uma perceção mais desfavorável (desconforto na relação com a família e amigos). Pelo contrário, na “etapa família com filhos adolescentes” os resultados mais elevados refletem confortáveis relações com a família e os amigos.

Perante estes resultados, remetemos para uma reflexão já anteriormente realizada de que, a “etapa família com filhos na escola” implica um conjunto de reorganizações relacionais intra e interfamiliares, incluindo intersistémicas (Alarcão, 2006). Nas famílias permeadas pela doença crónica, esta reorganização pode ser ainda mais exigente como, por exemplo, o início da relação e negociação de tarefas com a escola, sobretudo, quando previamente foram desenvolvidos padrões de sobreprotecção da criança doente, como frequentemente acontece devido à necessidade de perceção de controlo sobre o estado de saúde da criança (Góngora, 2002). Assim, colocamos a hipótese de que nesta fase poderá ser mais desafiante para os pais atingir um equilíbrio entre estas novas exigências e as restantes necessidades familiares. A focalização contínua na criança, em detrimento das necessidades conjugais, aumenta o risco de

disfuncionamento conjugal, pois o subsistema parental pode acabar por absorver o conjugal (Rosman, 1991).

Na “etapa família com filhos adolescentes”, os filhos são mais autônomos, apresentam maior maturidade e compreendem melhor a doença e os procedimentos de tratamento, o que lhes pode conferir um papel mais ativo sobre os cuidados com a própria saúde. Do nosso ponto de vista, este aspeto pode representar uma maior disponibilidade, emocional, física e temporal, para investir no cônjuge, o que poderá potencializar uma melhoria na qualidade da comunicação e um aumento dos momentos de intimidade. Destacar ainda, que é na adolescência que se dá o maior movimento de abertura do sistema ao exterior, o que poderá levar os pais a voltarem-se mais para o seu grupo de familiares e amigos. Por outro lado, este movimento centrífugo poderá facilitar o acesso a recursos sociais e o alargamento do espectro relacional. Hipotetizamos, ainda, que ao longo do seu ciclo de vida, as famílias foram complexificando o seu funcionamento, no sentido de dar resposta às tarefas necessárias ao desenvolvimento do sistema e dos seus elementos (Relvas, 1996). O aparecimento de uma doença crónica no seu seio, constituindo-se como uma situação de crise, poderá ter “empurrado” estas famílias para um novo nível de desenvolvimento, permitindo-lhes, ao longo do tempo, evoluir através da criação de estruturas mais complexas de funcionamento familiar (Hoffman, 1995, como citado em Relvas, 2005) e do desenvolvimento de competências para lidar com as exigências colocadas pela doença.

Por fim, iremos analisar os resultados relativos às variáveis relacionadas com a doença: **fase psicossocial e gravidade percebida da doença**. No que diz respeito ao ajustamento conjugal, a fase psicossocial da doença influencia a dimensão *satisfação mútua*, verificando-se que os cônjuges cujos filhos se encontram na fase de crise apresentam *scores* de perceção mais baixos comparativamente com os sujeitos cujos filhos se encontram na fase crónica. Quanto ao funcionamento conjugal, a fase psicossocial da doença, também, parece influenciar várias das suas dimensões, designadamente: *aspetos da personalidade; comunicação; resolução de conflitos; gestão financeira; relações sexuais; idealização e satisfação*. Verificando-se, igualmente, que os cônjuges cujos filhos se encontram na fase de crise apresentam *scores* de perceção mais baixos em

todas as dimensões referidas; ao contrário dos cônjuges cujos filhos se encontram na fase crónica, que apresentam uma perceção mais favorável das várias dimensões identificadas. Estes resultados corroboram as nossas expectativas pois, de acordo com a bibliografia consultada, esperávamos encontrar diferenças entre a fase de crise e a fase crónica, por se tratarem de momentos distintos de adaptação à doença. Com efeito, a fase de crise parece ser o momento mais crítico (Eiser, 1985, como citado em Santos, 1998), levando, por vezes, a um aumento da perturbação psicológica nos pais, a qual tende a diminuir posteriormente (Dahlquist, Czyzewski, & Jones, 1996; Northam, Anderson, Adler, Werther, & Warne, 1996). Esta diminuição parece ser compreensível, pois reconhece-se que os pais vão desenvolvendo recursos e estratégias eficazes para se adaptar à nova realidade. Podemos pensar que os cônjuges cujos filhos se encontram na fase crónica já deram resposta às tarefas desenvolvimentais relativas à fase de crise, que se prendem essencialmente com a ativação de recursos e reorganização familiar, encontrando-se agora num período de maior e normalização. Auguramos que, ao longo deste processo e com o passar do tempo, a aquisição de experiência e a perceção de controlo aumentam, permitindo aos pais um nível superior de adaptação às exigências da doença, pelo que lhes poderá ser mais fácil manter um equilíbrio entre a vida familiar e social, dando especial ênfase ao seu relacionamento com o cônjuge.

Quanto à variável gravidade percebida da doença, verificámos que esta não exercia qualquer influência significativa, quer na perceção das dimensões do ajustamento conjugal, quer na perceção das várias dimensões do funcionamento conjugal. Este resultado parece corroborar alguns estudos que demonstraram que a severidade da doença não influencia o ajustamento parental, salientando a ideia de que o ajustamento psicológico está mais relacionado com variáveis psicossociais do que com características médicas da condição da criança (Wallander, Varni, Babani, DeHaan, Wilcox & Banis, 1989; Mullins, Olson, Reyes, Bernandy, Huszti & Volk, 1991, como citado em Santos, 1998). Hipotetizamos que a inexistência de diferenças significativas em função da gravidade da doença, também, poderá estar relacionada com características particulares desta subamostra. Com efeito, a maioria destes sujeitos encontram-se vinculados a associações de apoio a familiares e crianças com doenças crónicas. Estes grupos poderão cumprir

com algumas funções importantes, tais como: disponibilizar informação específica e adequada; proporcionar modelos de aprendizagem e; fomentar estratégias para aumentar o sentido de autoeficácia. Por outro lado, propiciam a partilha e normalização de experiências (Rolland, 2005). Assim, hipotetizamos que o acesso a este apoio social favorece a aquisição de competências específicas que ajudam a lidar com o tipo de doença da criança e com o grau de severidade associado.

Para terminar a discussão dos resultados, iremos apontar algumas limitações ao nosso estudo e apresentar algumas propostas para investigações futuras.

O nosso estudo é exploratório, o que limita a generalização das suas conclusões para a população portuguesa (tendo-se recorrido a uma amostra por conveniência). Ainda assim, acreditamos que possa dar alguma contribuição à leitura compreensiva sobre as dinâmicas conjugais e algumas pistas para o trabalho clínico, concretamente na intervenção com casais. A segunda limitação prende-se com diferença do número de sujeitos em cada uma das categorias de algumas variáveis moderadoras, o que pode ter condicionado os resultados (maior número de sujeitos em algumas categorias, em comparação a outras com menor número de sujeitos).

Em investigações futuras, seria útil a replicação do nosso estudo e alargamento a amostras de maiores dimensões. Poderia, também, ser relevante realizar estudos sobre o eventual efeito moderador de outras variáveis, nomeadamente, o nível socioeconómico, a idade dos sujeitos respondentes e o número de filhos.

Em nosso parecer, seria igualmente valiosa a realização de estudos longitudinais, que permitissem avaliar eventuais diferenças no modo como os cônjuges percebem a conjugalidade ao longo do tempo, o que poderia ser relevante ao nível da intervenção.

A nossa última proposta é no sentido deste protocolo de investigação, em estudos posteriores, poder ser aplicado a casais, isto é, a ambos os elementos da díade conjugal (cônjuge masculino e cônjuge feminino), com o objetivo de analisar estatisticamente os casais, cruzar informação combinando estas duas fontes de informação, avaliando o (des)acordo entre os dois cônjuges.

VI - Conclusões

A relação de casal é influenciada por um conjunto de variáveis com que se depara ao longo da sua caminhada, podendo ser um percurso mais ou menos atribulado. A presença de doença crónica num filho do casal pode constituir-se com uma dificuldade ou desafio, afetando todo o sistema familiar, uma vez que implica alterações ao nível das rotinas, papéis e funções familiares. Os pais, enquanto cuidadores, podem sentir os seus papéis como mais exigentes, acabando o subsistema parental por absorver o conjugal, o que poderá ter como consequência o aumento do *distress* conjugal entre os pais (Walker, Manion, Cloutier & Johnson, 1992)

Para Spanier (2001, como citado em Lourenço, 2006), o conceito de *ajustamento conjugal*, analisado através da EAM, pode ser visto de duas formas distintas: como um processo ou uma avaliação qualitativa de um estado. No primeiro caso considera-se que o processo consiste nos acontecimentos, circunstâncias e interações que movimentam o casal para trás e para a frente ao longo de um *contínuum*, e um movimento ao longo do mesmo. Segundo o autor, parece que o ajustamento é um processo em mudança, com uma dimensão qualitativa que pode ser avaliada em qualquer ponto do tempo, numa dimensão de bem ajustado a mal ajustado.

O *funcionamento conjugal*, estudado através da ENRICH, permite avaliar áreas problemáticas e recursos do casal em várias dimensões da relação. Por outras palavras, descreve potenciais problemas mas também identifica áreas de crescimento e enriquecimento (Fourier & Olson, 1986, como citado em Lourenço, 2006).

Através de ambos os construtos, o nosso estudo pretende analisar eventuais diferenças ao nível da perceção da conjugalidade entre um grupo de cônjuges com filhos doentes crónicos e um grupo de cônjuges com filhos saudáveis, bem como a eventual influência de variáveis sócio-demográficas, familiares e relativas à doença.

Relativamente ao ajustamento conjugal, evidenciam-se os seguintes resultados: o estado de saúde do filho influencia a perceção das dimensões *consenso mútuo*, *satisfação mútua* e *expressão afetiva*. Em todos os fatores da EAM, são os cônjuges com filhos doentes que apresentam médias mais baixas, relatando menor satisfação com o ajustamento conjugal comparativamente aos cônjuges com filhos saudáveis. Relativamente à sua

interação com as variáveis mediadoras, constatamos que a interação *estado de saúde do filho/sexo* e a interação *estado de saúde do filho/etapa do ciclo vital da família* influenciam a percepção da dimensão *consenso mútuo*.

Relativamente ao funcionamento conjugal destaca-se o seguinte: o estado de saúde do filho influencia a percepção das seguintes dimensões: *aspetos da personalidade, comunicação, resolução de conflitos, atividades de lazer, relações sexuais, filhos e casamento, família e amigos, idealização e satisfação*. Em todos os fatores da ENRICH os cônjuges com filhos doentes apresentam médias mais baixas, relatando uma percepção mais desfavorável do funcionamento conjugal comparativamente aos cônjuges com filhos saudáveis. Quanto à interação com as variáveis mediadoras, salienta-se que a interação *estado de saúde do filho/sexo* influencia a percepção das dimensões, *aspetos da personalidade, comunicação, resolução de conflitos, gestão financeira, atividades de lazer, filhos e casamento e satisfação* e a interação *estado de saúde do filho/etapa do ciclo vital da família* influencia a percepção das dimensões, *comunicação, relações sexuais e família e amigos*.

No que diz respeito às variáveis relativas à doença, apenas a *fase psicossocial* influencia a percepção da dimensão *satisfação mútua* do ajustamento conjugal e das dimensões *aspetos da personalidade, comunicação, resolução de conflitos, gestão financeira, relações sexuais, idealização e satisfação*, do funcionamento conjugal.

Da discussão dos resultados efetuada, existem alguns aspetos a ressaltar.

São as mães com filhos com doença crónica que apresentam resultados mais baixos nas várias dimensões estudadas. Tradicionalmente, são atribuídos às mulheres os papéis de “donas-de-casa”, esposas, mães e cuidadoras principais. Por outro lado, são estas que tendem a envolver-se mais nos cuidados e procedimentos médicos associados à doença e a terem um melhor conhecimento acerca da condição da criança. Tal poderá traduzir-se numa sobrecarga de papéis e funções e em níveis superiores de *stress*, sobretudo, quando não há uma partilha de tais responsabilidades com o cônjuge, o que poderá conduzir a uma percepção mais desfavorável da conjugalidade.

É, também, na “etapa família com filhos na escola” que os pais de

crianças e jovens com doença crónica evidenciam resultados mais baixos na perceção das várias dimensões estudadas. Esta etapa implica novas funções e tarefas, bem como um conjunto de reorganizações relacionais e intersistémicas. Nas famílias permeadas pela doença crónica, esta reorganização pode ser ainda mais desafiante, pois os pais têm de se esforçar para atingir um equilíbrio entre as novas funções, a resposta às exigências específicas que a doença coloca e às restantes necessidades familiares, sociais e, em particular, as conjugais, sob risco do sistema conjugal ficar submergido no parental (Rosman, 1991).

São os cônjuges cujos filhos se encontram na fase de crise da doença dos filhos que apresentam uma perceção mais desfavorável das várias dimensões identificadas, comparativamente aos sujeitos cujos filhos se encontram na fase crónica. Com efeito, a literatura aponta a fase de crise como um momento crítico, marcado pela reação ao diagnóstico e pela necessidade de realizar ajustamentos que permitam o início do processo de adaptação à doença. Este período implica, geralmente, uma focalização na criança e na doença, bem como níveis superiores de *stress* experimentados pelos pais que têm de se adaptar a uma nova realidade, pelo que, muitas vezes, nesta fase o sistema conjugal é alvo de um menor investimento, passando mesmo para segundo plano, o que poderá contribuir para uma perceção mais desfavorável da conjugalidade.

Ao contemplar os dados da nossa amostra, a doença crónica parece ter um impacto relativamente negativo na perceção de várias dimensões da conjugalidade. Com efeito, se atendermos a uma questão geral, presente no *Questionário de Dados Complementares*, sobre o impacto percebido da doença do filho na relação de casal, verificamos que 43,8% dos respondentes referem um impacto negativo, 34,4% nenhum impacto e apenas 21,9% um impacto positivo.

Esperamos que este contributo seja útil e profícuo para investigações futuras neste campo de ação.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios Familiares: Uma Visão Sistémica. Coimbra: Quarteto.
- Araújo, M. (2011). *A Doença Oncológica na Criança. Adaptação e Bem-Estar Psicológico das Mães, dos Seus Filhos e a Relação entre Ambos*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Barbarin, A., Hughes, D., & Chesler, M. (1985). Stress, Coping, and Marital Functioning Among Parents of Children With Cancer. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 473-480.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica. Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Berge, J., Patterson, J., & Rueter, M. (2006). Marital Satisfaction and Mental Health of Couples With Children With Chronic Health Conditions. *Families, Systems, & Health*, 24(3), 267-285.
- Bozon, M. (2001). Sexuality, Gender, and the Couple: A Sociohistorical Perspective. *Annual Review of Sex Research*, 12, 1-32.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As Mudanças do Ciclo de Vida Familiar. Uma Estrutura para Terapia Familiar* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Castro, E., & Piccinini, C. (2002). Implicações da Doença Orgânica Crónica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 625-635.
- Cowan, C.P., Cowan, P.A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W.S., Curtis-Boles, H., Boles, A.J. (1985). Transitions to parenthood: His, hers, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6, 451--481.
- Crain, A., Sussman, M., & Weil, W. (1996). Effects of a Diabetic Child on Marital Integration and Related Measures of Family Functioning. *Journal of Health and Human Behavior*, 7, 122-127.
- Cunha, A. (2011). *Histórias e Trajetórias de Adaptação e Resiliência Familiar na Doença Crónica Pediátrica*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Dahlquist, L., Czyzewski, D., & Jones, C. (1996). Parents of Children With Cancer: A Longitudinal Study of Emotional Distress, Coping Style, and Marital Adjustment Two and Twenty Months After Diagnosis.

- Journal of Pediatric Psychology*, 21, 541-554.
- Evans, M., Cottrell, D., & Schiach, C. (2000). Emotional and behavioural problems and family functioning in children with haemophilia: A cross-sectional survey. *Haemophilia*, 6, 682-687.
- Gaither, R., Bingen, K., & Hopkins, J. (2000). When The Bough Breaks: The Relationship Between Chronic Illness in Children and Couple Functioning. In K. Schmaling & T. Sher (Eds), *The Psychology of Couples and Illness: Theory, Research, & Practice* (pp.337-365). Washington: American Psychological Association.
- Góngora, J. (2002). Familia y Enfermedad: Problemas y Técnicas de Intervención. *Psychologica*, 31, 63-83.
- Góngora, J. (2004). *Enfermedad y Familia. Manual de Intervención Psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- Grootenhuis, M., & Last, B. (1997). Adjustment and Coping by Parents of Children With Cancer: A Review of The Literature. *Support Care Cancer*, 5, 466-484.
- Kazak, A. (1989). Families of Chronically Ill Children: A Systems and Socio- Ecological Model of Adaptation and Challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 25-30.
- Lourenço, M. C. (2006). *Casal: Conjugalidade e ciclo evolutivo*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Ministério da Saúde. (1997). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.
- Northam, E., Anderson, P., Adler, R., Werther, G., & Warne, G. (1996). Psychosocial and Family Functioning in Children with Insulin-Dependent Diabetes at Diagnosis and One Year Later. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 699-717.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O Doente Oncológico e a Sua Família* (2ªed.). Lisboa: Climepsi.
- Quittner, A., Oipari, L., Regoli, M., Jacobse, J., & Eigen, H. (1992). The Impact of Caregiving and Role Strain on Family Life: Comparisons Between Mothers of Children With CF and Matched Controls. *Rehabilitation Psychology*, 37, 289-304.
- Quittner, A., Oipari, L., Espelage, D., Eid, B., & Eigen, H. (1998). Role

- Strain in Couples With and Without a Child With a Chronic Illness: Associations With Marital Satisfaction, Intimacy and Daily Mood. *Health Psychology*, 17(2), 112-124.
- Reiter-Purtill, J., Schorry, K., Lovell, A., Vannatta, K., Gerhardt, A., & Noll, R. (2008). Parental Distress, Families Functioning and Social Support in Families With and Without a Child With Neurofibromatosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(4), 422-434.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspetiva Sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2005). Famílias e stress: Das crises normativas às crises inesperadas, como intervir numa perspetiva sistémica. In. A. M. Pinto, & A. L. Silva (ed.), *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação* (pp. 43-58). Lisboa: Climepsi.
- Rodrigues, N., & Patterson, J. M. (2007). Impact of severity of a child's chronic condition on the functioning of two-parent families. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(4), 417-426.
- Rolland, J. (1987). Family Illness Paradigms: Evolution and Significance. *Family Systems Medicine*, 5(4), 482-503.
- Rolland, J. (1994). In Sickness and in Health: The Impact of Illness on Couples' Relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20(4), 327-347.
- Rolland, J. (1995). Doença Crónica e o Ciclo de Vida Familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds), *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar. Uma estrutura para a Terapia Familiar* (pp. 373-392) (2ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rolland, J. (2005). Cancer and the Family: An Integrative Model. *Cancer*, 104(11), 2584-2595.
- Rosman, B. L. (1991). El desarrollo familiar y el impacto de la enfermedad crónica de un hijo. In C. V. Falicov (ed). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida* (pp. 405-428). Buenos Aires: Amorrortu.
- Santos, S. (1998). A Família da Criança com Doença Crónica: Abordagem de Algumas Características. *Análise Psicológica*, 1(16), 65-75.
- Santos, M. (2010). *Vivência Parental da Doença Crónica. Estudo sobre a experiência subjetiva da doença em mães de crianças com fibrose*

quística e com diabetes. Lisboa: Edições Colibri.

- Silva, F., Jacob, E., & Nascimento, L. (2010). Impact of Childhood Cancer on Parents` Relationships: An Integrative Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), 250-261.
- Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A. (2007). *Enfrentar a Velhice e a Doença Crónica. Apoio das Unidades de Saúde a Doentes Crónicos Idosos e suas Famílias*. Lisboa: Climepsi.
- Steffen, B., & Castoldi, L. (2006). Sobrevivendo à Tempestade: A Influência do Tratamento Oncológico de um Filho na Dinâmica Conjugal. *Psicologia Ciência e Profissão*, 3(26), 406-425.
- Stein, K., Westbrook, E., Coupey, M., & Ireys, T. (1993). Framework for Identifying Children Who Have Chronic Conditions: The Case for a New Definition. *Journal of Pediatrics*, 122, 342-347.
- Vaz Serra, A. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. M. Pinto, & A. L. Silva (ed), *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação* (pp.17-41). Lisboa: Climepsi.
- Walker, J. G., Manion, I. G., Cloutier, P. F., & Johnson, S. M. (1992). Measuring marital *distress* in couples with chronically ill children: The dyadic adjustment scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(3), 345-357.
- Whyte, D. A. (1992). A family nursing approach to the care of a child with a chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 317-327.
- Yeh, C. H. (2002). Gender differences of parental distress in children with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 598-606.



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Perceção da Conjugalidade por Pais de Crianças e Jovens com Doença Crónica

Daniela Maria Teles Costa (e-mail:daniela-teles@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Especialização em Psicologia Clínica e Saúde, Subárea de Especialização em Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação da Professora Doutora Madalena de Carvalho.

Anexos

Índice

Anexo I – Comparabilidade da Amostra	3
Anexo II – Protocolo.....	4
1. Carta de Apresentação do Protocolo	4
2. Consentimento Informado	5
3. Questionário Sociodemográfico e de Dados Complementares	6
4. Escala de Ajustamento Mútuo (EAM)	10
5. Escala de Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade (ENRICH)	14
Anexo III – Homogeneidade.....	19
1. Escala de Ajustamento Mútuo (EAM)	19
2. Escala de Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade (ENRICH)	19
Anexo IV – Características Psicométricas dos Instrumentos	20
1. Escala de Ajustamento Mútuo (EAM)	20
2. Escala de Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade (ENRICH)	25
Anexo V – Resultados: EAM.....	42
1. Influência do Estado de Saúde do Filho na percepção da EAM	42
2. Influência do Estado de Saúde do Filho/Variáveis Moderadoras na percepção da EAM	42
2.1. Influência do Estado de Saúde do Filho/Sexo na percepção da EAM	43
2.2. Influência do Estado de Saúde do Filho/Duração da Relação de Casal na percepção da EAM	43
2.3. Influência do Estado de Saúde do Filho/Etapa do Ciclo Vital da Família na percepção da EAM	45
Anexo VI – Resultados: ENRICH.....	47
1. Influência do Estado de Saúde do Filho na percepção da ENRICH.....	47
2. Influência do Estado de Saúde do Filho/Variáveis Moderadoras na percepção da ENRICH	48

2.1. Influência do Estado de Saúde do Filho/Sexo na percepção da ENRICH	49
2.2. Influência do Estado de Saúde do Filho/Duração da Relação de Casal na percepção da ENRICH	50
2.3. Influência do Estado de Saúde do Filho/Etapa do Ciclo Vital da Família na percepção da ENRICH	57

Anexo VII – Resultados para a subamostra cônjuges com filhos com

doença crónica: EAM 61

1. Influência das Variáveis Moderadoras na percepção da EAM	61
2. Influência da Fase Psicossocial da Doença na percepção da EAM	62

Anexo VIII – Resultados para a subamostra cônjuges com filhos com

doença crónica: ENRICH 62

1. Influência das Variáveis Moderadoras na percepção da ENRICH	62
2. Influência da Fase Psicossocial da Doença na percepção da ENRICH	63

Anexo I – Comparabilidade da Amostra

Teste de equivalência da amostra

	<i>Pearson Chi-Square</i>		
	Value	df	Asymp Sig (2-sided)
Sexo	6,452	1	0,011
Estado Civil	25,80	1	0,000
Meio de Residência	6,710	2	0,035
Religião	12,032	2	0,002
Primeira relação	47,032	1	0,000
Fase do Ciclo Vital da Família	1,581	2	0,454
Etapa do Ciclo Vital do Casal	13,000	3	0,005

	<i>t-test for equality of means</i>		
	Value	df	Sig (2-tailed)
Habilitações Literárias	2,582	60	0,012
Idade	-0,055	60	0,957
Duração da relação de casal	-0,671	60	0,505

Anexo III – Teste de Homogeneidade

1. Teste de homogeneidade para a EAM

	<i>Levene</i>	
	F	Sig.
Consenso Mútuo	1,508	0,224
Satisfação Mútua	1,716	0,195
Coesão Mútua	0,452	0,504
Expressão Afetiva	24,112	0,000
Ajustamento Mútuo Total	2,235	0,140

2. Teste de homogeneidade para a ENRICH

	<i>Levene</i>	
	F	Sig.
Aspetos da Personalidade	1,657	0,203
Comunicação	3,448	0,068
Resolução de Conflitos	2,212	0,144
Gestão Financeira	2,306	0,134
Atividades de Lazer	0,820	0,369
Relações Sexuais	2,359	0,114
Filhos e Casamento	1,483	0,228
Família e Amigos	0,129	0,721
Igualdade de Papéis	2,078	0,155
Orientação Religiosa	1,462	0,238
Idealização	1,494	0,226
Satisfação	0,179	0,674
ENRICH Total	3,850	0,054

Anexo IV – Características Psicométricas dos Instrumentos

1. Características dos Itens da Escala de Ajustamento Mútuo: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,951	,951	32

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eam1	100,35	377,282	,707	,948
eam2	100,73	376,202	,773	,948
eam3	100,23	391,850	,354	,951
eam4	100,53	377,368	,669	,949
eam5	100,47	384,778	,536	,950
eam6	100,92	381,157	,591	,949
eam7	100,58	385,461	,600	,949
eam8	100,52	381,500	,717	,948
eam9	100,44	385,496	,570	,950
eam10	100,37	387,745	,608	,949
eam11	100,90	375,663	,692	,948

eam12	100,31	381,232	,685	,949
eam13	100,76	381,334	,609	,949
eam14	100,71	375,947	,688	,948
eam15	100,26	394,916	,411	,951
eam16	100,08	380,436	,674	,949
eam17	99,85	381,831	,548	,950
eam18	101,03	381,868	,547	,950
eam19	100,77	369,784	,712	,948
eam20	100,03	383,048	,634	,949
eam21	100,94	388,488	,562	,950
eam22	100,77	386,801	,563	,950
eam23	101,06	375,143	,770	,948
eam24	101,73	384,956	,705	,949
eam25	101,27	386,792	,489	,950
eam26	100,27	374,465	,717	,948
eam27	100,63	374,434	,651	,949
eam28	101,31	379,396	,540	,950
eam29	103,68	402,517	,238	,951
eam30	103,44	396,774	,545	,950
eam31	100,81	385,241	,517	,950
eam32	100,76	386,809	,601	,949

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
104,08	407,485	20,186	32

1.1. Características dos Itens das Subescalas da Escala de Ajustamento Mútuo

Características dos Itens da Subescala Consenso Mútuo: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,904	,904	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eam1	42,71	62,734	,706	,892
eam2	43,08	62,403	,769	,889
eam3	42,58	68,182	,375	,907
eam5	42,82	64,738	,597	,897
eam7	42,94	66,815	,548	,899
eam8	42,87	64,442	,724	,892
eam9	42,79	66,627	,531	,900
eam10	42,73	67,120	,608	,897
eam11	43,26	63,342	,610	,897
eam12	42,66	63,769	,728	,892
eam13	43,11	63,479	,662	,894
eam14	43,06	61,701	,713	,892
eam15	42,61	69,815	,434	,903

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
------	----------	----------------	------------

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
46,44	75,692	8,700	13

Características dos Itens da Subescala Satisfação Mútua: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	62	100,0
Excluded ^a	0	,0
Total	62	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,872	,875	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eam16	30,69	39,495	,697	,852
eam17	30,47	39,269	,604	,859
eam18	31,65	40,856	,483	,869
eam19	31,39	36,962	,656	,855
eam20	30,65	40,364	,656	,855
eam21	31,55	42,088	,596	,860
eam22	31,39	42,143	,533	,864
eam23	31,68	38,747	,715	,850
eam31	31,42	41,723	,472	,869
eam32	31,37	42,270	,563	,862

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
------	----------	----------------	------------

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
34,69	49,167	7,012	10

Características dos Itens da Subescala Coesão Mútua: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	62	100,0
Excluded ^a	0	,0
Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,841	,847	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eam24	12,84	14,367	,621	,823
eam25	12,39	13,290	,588	,823
eam26	11,39	11,421	,775	,771
eam27	11,74	10,818	,770	,771
eam28	12,42	12,379	,536	,844

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15,19	18,716	4,326	5

Características dos Itens da Subescala Expressão Afetiva: Correlações Item-total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,691	,741	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eam4	4,21	2,562	,625	,526
eam6	4,60	2,868	,534	,604
eam29	7,35	5,052	,326	,712
eam30	7,11	4,462	,651	,604

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7,76	6,022	2,454	4

2. Características dos Itens da Escala de Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

	N	%
--	---	---

Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,972	,971	109

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich1	362,21	4071,939	,507	,971
enrich2	362,10	4057,859	,530	,971
enrich3	362,50	4112,484	,175	,972
enrich4	361,94	4118,750	,140	,972
enrich5	362,45	4043,137	,551	,971
enrich6	362,68	4076,714	,367	,971
enrich7	362,63	4037,516	,591	,971
enrich8	362,37	4028,204	,692	,971
enrich9	362,90	4054,581	,539	,971
enrich10	363,11	4145,020	-,056	,972
enrich11	361,47	4124,876	,090	,972
enrich12	363,11	4071,479	,399	,971
enrich13	362,71	4030,504	,625	,971
enrich14	362,26	4054,850	,627	,971
enrich15	362,69	4012,937	,684	,971

enrich16	362,69	4032,577	,663	,971
enrich17	362,69	4113,987	,165	,972
enrich18	362,21	4041,906	,708	,971
enrich19	362,47	4056,614	,536	,971
enrich20	362,11	4032,594	,708	,971
enrich21	362,73	4093,612	,351	,971
enrich22	361,95	4117,162	,153	,972
enrich23	363,42	4095,920	,299	,972
enrich24	363,15	4070,487	,426	,971
enrich25	362,34	4028,949	,658	,971
enrich26	362,74	4094,391	,281	,972
enrich27	362,61	4058,044	,502	,971
enrich28	361,37	4103,122	,336	,971
enrich29	362,31	4042,019	,545	,971
enrich30	362,53	4013,138	,722	,971
enrich31	362,42	4029,297	,651	,971
enrich32	362,45	4039,530	,694	,971
enrich33	362,10	4051,728	,610	,971
enrich34	362,37	4028,827	,789	,971
enrich35	362,81	4042,749	,624	,971
enrich36	362,37	4053,090	,602	,971
enrich37	362,44	4076,938	,432	,971
enrich38	362,98	4046,705	,537	,971
enrich39	362,29	4033,226	,691	,971
enrich40	362,73	4056,792	,589	,971
enrich41	362,15	4109,372	,204	,972
enrich42	362,52	4043,270	,570	,971
enrich43	362,44	4125,397	,079	,972
enrich44	363,08	4131,649	,035	,972
enrich45	362,63	4084,565	,341	,972
enrich46	362,56	4093,856	,291	,972
enrich47	362,19	4022,126	,621	,971
enrich48	361,82	4068,148	,457	,971
enrich49	362,53	4133,597	,021	,972
enrich50	362,58	4055,067	,536	,971

enrich51	362,79	4049,742	,574	,971
enrich52	362,61	4018,799	,696	,971
enrich53	361,92	4108,075	,202	,972
enrich54	362,32	4067,829	,432	,971
enrich55	362,10	4018,220	,754	,971
enrich56	361,92	4069,092	,464	,971
enrich57	362,55	4017,366	,704	,971
enrich58	362,21	4155,382	-,114	,972
enrich59	362,32	4045,599	,675	,971
enrich60	363,84	4069,711	,474	,971
enrich61	362,40	4059,523	,581	,971
enrich62	363,53	4133,827	,028	,972
enrich63	363,27	4051,907	,595	,971
enrich64	362,45	4086,678	,379	,971
enrich65	362,45	4009,465	,732	,971
enrich66	362,85	4023,536	,687	,971
enrich67	363,15	4041,864	,605	,971
enrich68	363,27	4065,481	,528	,971
enrich69	362,48	4009,893	,737	,971
enrich70	363,34	4150,326	-,093	,972
enrich71	361,58	4094,674	,363	,971
enrich72	363,52	4112,942	,154	,972
enrich73	361,76	4057,793	,510	,971
enrich74	362,31	4053,200	,471	,971
enrich75	362,23	4010,735	,759	,971
enrich76	361,56	4081,627	,405	,971
enrich77	362,73	4063,547	,485	,971
enrich78	362,29	4049,259	,669	,971
enrich79	362,48	4021,893	,754	,971
enrich80	362,00	4103,672	,297	,972
enrich81	362,35	4026,200	,626	,971
enrich82	362,18	4076,345	,382	,971
enrich83	362,23	4013,424	,773	,971
enrich84	362,84	4105,580	,231	,972
enrich85	362,73	4094,989	,276	,972

enrich86	362,29	4048,734	,566	,971
enrich87	362,11	4067,643	,452	,971
enrich88	362,03	4029,802	,622	,971
enrich89	362,85	4044,979	,555	,971
enrich90	363,16	4030,728	,628	,971
enrich91	362,66	4028,392	,725	,971
enrich92	361,55	4081,793	,469	,971
enrich93	362,42	4025,133	,628	,971
enrich94	362,21	4064,168	,474	,971
enrich95	362,00	4084,918	,406	,971
enrich96	362,24	4053,596	,530	,971
enrich97	362,02	4025,131	,683	,971
enrich98	362,81	4070,650	,495	,971
enrich99	363,45	4107,170	,206	,972
enrich100	362,42	4112,936	,155	,972
enrich101	363,00	4058,656	,551	,971
enrich102	361,82	4043,460	,631	,971
enrich103	362,29	4038,242	,665	,971
enrich104	362,16	4046,105	,547	,971
enrich105	362,92	4055,485	,525	,971
enrich106	362,35	4136,364	,006	,972
enrich107	362,23	4099,522	,292	,972
enrich108	362,55	4030,219	,681	,971
enrich109	362,56	3999,988	,715	,971

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
365,84	4138,400	64,330	109

2.1. Características dos Itens das Subescalas da Escala de Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade

Características dos Itens da Subescala Aspetos da Personalidade: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

	N	%

Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,845	,845	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich7	26,52	56,746	,561	,829
enrich12	27,00	57,705	,528	,832
enrich23	27,31	61,757	,396	,842
enrich29	26,19	58,814	,429	,841
enrich35	26,69	58,478	,538	,831
enrich42	26,40	58,507	,480	,836
enrich60	27,73	57,547	,641	,823
enrich74	26,19	57,798	,470	,838
enrich90	27,05	54,703	,671	,818
enrich109	26,45	51,793	,719	,812

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
29,73	69,645	8,345	10

Características dos Itens da Subescala Comunicação: Correlações Item-Total**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,865	,865	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich2	29,02	60,639	,559	,853
enrich5	29,37	59,877	,511	,858
enrich38	29,90	59,892	,520	,857
enrich52	29,53	57,138	,658	,845
enrich63	30,19	61,273	,549	,854
enrich69	29,40	55,490	,737	,838
enrich77	29,65	61,741	,485	,859
enrich86	29,21	61,021	,507	,857
enrich93	29,34	57,375	,609	,849
enrich103	29,21	59,316	,641	,847

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
32,76	72,219	8,498	10

Características dos Itens da Subescala Resolução de Conflitos: Correlações Item-Total**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,755	,743	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich9	25,97	31,048	,456	,728
enrich37	25,50	32,025	,433	,732
enrich55	25,16	29,154	,589	,705
enrich67	26,21	29,316	,578	,707
enrich70	26,40	38,835	-,107	,805
enrich75	25,29	28,013	,638	,695
enrich79	25,55	28,285	,692	,688
enrich91	25,73	28,792	,662	,694
enrich106	25,42	37,297	,003	,792

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
28,90	38,581	6,211	9

Características dos Itens da Subescala Gestão Financeira: Correlações Item-Total**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,798	,795	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich15	28,61	35,717	,642	,755
enrich19	28,39	38,766	,582	,767
enrich25	28,26	36,785	,654	,755
enrich36	28,29	39,390	,587	,767
enrich43	28,35	44,298	,199	,812
enrich49	28,45	48,121	-,057	,843
enrich73	27,68	37,796	,627	,760
enrich88	27,95	37,358	,574	,766
enrich104	28,08	36,666	,654	,755

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
31,76	48,678	6,977	9

Características dos Itens da Subescala Atividades de Lazer: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,827	,822	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich1	25,92	37,649	,602	,803
enrich16	26,40	34,048	,731	,784
enrich17	26,40	42,736	,154	,849
enrich27	26,32	36,222	,566	,806
enrich31	26,13	35,655	,567	,806
enrich57	26,26	34,621	,620	,799
enrich68	26,98	38,475	,495	,814
enrich80	25,71	41,488	,337	,828
enrich108	26,26	34,391	,708	,788

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
29,55	46,153	6,794	9

Características dos Itens da Subescala Relações Sexuais: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,879	,881	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich8	29,71	53,750	,666	,863
enrich14	29,60	55,490	,702	,862
enrich24	30,48	55,303	,581	,869
enrich39	29,63	54,663	,646	,864
enrich45	29,97	57,540	,459	,878
enrich59	29,66	55,736	,658	,864
enrich65	29,79	52,890	,631	,866
enrich101	30,34	55,605	,629	,866
enrich102	29,16	56,203	,560	,871
enrich105	30,26	55,768	,555	,871

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
33,18	67,361	8,207	10

Características dos Itens da Subescala Filhos e Casamento: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,797	,790	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich4	29,52	41,926	,208	,809
enrich20	29,69	34,905	,694	,750
enrich33	29,68	37,566	,520	,774
enrich47	29,77	31,719	,733	,738
enrich48	29,40	38,441	,407	,788
enrich56	29,50	39,369	,353	,794
enrich82	29,76	40,744	,221	,812
enrich89	30,44	35,660	,544	,770
enrich97	29,60	33,523	,712	,745

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
33,42	45,788	6,767	9

Características dos Itens da Subescala Família e Amigos: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,756	,755	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich6	26,63	30,434	,521	,718
enrich26	26,69	32,183	,437	,733
enrich46	26,52	33,533	,339	,747
enrich54	26,27	29,645	,605	,704
enrich64	26,40	33,851	,370	,742
enrich81	26,31	31,331	,398	,741
enrich85	26,68	33,665	,317	,751
enrich87	26,06	30,848	,535	,717
enrich98	26,76	33,596	,387	,740

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
29,79	39,447	6,281	9

Características dos Itens da Subescala Igualdade de Papéis: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,764	,771	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich11	35,84	32,564	,162	,780
enrich22	36,32	31,009	,319	,758
enrich28	35,74	31,211	,429	,746
enrich41	36,52	29,041	,482	,737
enrich53	36,29	27,226	,618	,716
enrich58	36,58	28,215	,443	,743
enrich71	35,95	29,391	,547	,731
enrich76	35,94	30,815	,314	,760
enrich92	35,92	28,666	,620	,721
enrich100	36,79	28,693	,429	,745

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
40,21	35,709	5,976	10

Características dos Itens da Subescala Orientação Religiosa: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,776	,774	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich3	22,45	30,153	,256	,784
enrich10	23,06	29,176	,356	,770
enrich21	22,68	26,648	,680	,726
enrich44	23,03	28,097	,389	,767
enrich62	23,48	27,139	,606	,735
enrich72	23,47	24,942	,666	,721
enrich84	22,79	26,759	,592	,736
enrich95	21,95	34,768	-,111	,825
enrich99	23,40	24,245	,798	,700

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
25,79	34,464	5,871	9

Características dos Itens da Subescala Idealização: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,846	,850	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich32	13,13	13,754	,699	,804
enrich40	13,40	14,441	,628	,822
enrich61	13,08	13,944	,723	,799
enrich66	13,53	13,073	,633	,823
enrich96	12,92	13,616	,612	,827

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
16,52	20,713	4,551	5

Características dos Itens da Subescala Satisfação: Correlações Item-Total

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0

Excluded ^a	0	,0
Total	62	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,866	,867	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
enrich13	31,11	50,397	,572	,855
enrich18	30,61	51,192	,707	,844
enrich30	30,94	46,881	,775	,835
enrich34	30,77	49,981	,777	,838
enrich50	30,98	53,459	,464	,863
enrich51	31,19	51,667	,580	,853
enrich78	30,69	51,134	,732	,843
enrich83	30,63	50,040	,641	,848
enrich94	30,61	55,192	,357	,871
enrich107	30,63	58,270	,242	,876

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
34,24	63,039	7,940	10

Anexo V – Resultados - Ajustamento Conjugal

1. Influência do Estado de Saúde do Filho na Percepção do Ajustamento Conjugal

Teste *t-Student* (Variável Independente: Estado Saúde do Filho)

	<i>t-Student</i>		
	<i>t</i>	df	Sig. (2-tailed)
Consenso Mútuo	2,559	60	0,013
Satisfação Mútua	2,969	60	0,004
Coesão Mútua	1,282	60	0,205
Expressão Afetiva	2,087	50,630	0,042

Group Statistics

estado_saúde_filho		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
cons mútuo	ausência de doença crónica	30	48,60	9,291	1,696
	presença de doença crónica	32	41,97	10,976	1,940
satisf mútua	ausência de doença crónica	30	38,10	7,420	1,355
	presença de doença crónica	32	32,59	7,184	1,270
coes mútua	ausência de doença crónica	30	17,47	6,776	1,237
	presença de doença crónica	32	15,03	8,078	1,428
expre afect	ausência de doença crónica	30	8,47	1,697	,310
	presença de doença crónica	32	7,22	2,893	,511

2. Influência Estado Saúde do Filho/Variáveis Moderadoras na Percepção do Ajustamento Conjugal

Estado Saúde do Filho/Variáveis Moderadoras – *Anova a dois fatores (Two-way)*

<i>Anova Two-way</i>			Estado Saúde Filho-Sexo	Estado Saúde Filho-Meio	Estado Saúde Filho-Habilitações Literárias	Estado Saúde Filho-Duração da Relação de Casal	Estado Saúde Filho-Etapa do Ciclo Vital da Família
Ajustamento Conjugal	Consenso Mútuo	<i>F</i>	7,379	0,416	0,395	1,719	3,661
		GL	1	2	4	4	2
	Satisfação Mútua	<i>p</i>	0,009	0,662	0,812	0,160	0,032
		<i>F</i>	0,329	0,183	0,079	4,067	3,937
		GL	1	2	4	4	2

		<i>p</i>	0,568	0,833	0,988	0,006	0,025
Coesão Mútua	<i>F</i>		0,342	0,200	0,486	1,046	2,015
	GL		1	2	4	4	2
	<i>p</i>		0,561	0,819	0,746	0,392	0,143
Expressão Afetiva	<i>F</i>		1,429	0,476	0,742	2,587	1,921
	GL		1	2	4	4	2
	<i>p</i>		0,237	0,624	0,568	0,047	0,156

2.1. Influência Estado Saúde do Filho/Sexo na Percepção do Ajustamento Conjugal

2.1.1 Média das Ordens – Estado de Saúde Filho/Sexo

EAM Sexo		Ausência de Doença Crónica (cônjuges com filhos sem doença)			Presença de Doença Crónica (cônjuges com filhos com doença)		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N
Consenso	Feminino	50,00	11,458	18	38,96	10,814	23
Mútua	Masculino	46,50	4,079	12	49,67	7,246	9

2.2. Influência Estado de Saúde do Filho/Duração da Relação de Casal na Percepção do Ajustamento Conjugal

2.2.1 *Post hoc Tests* – Duração da Relação de Casal/Satisfação Mútua

Multiple Comparisons - Bonferroni

(I) dur relacao categ (J) dur relacao categ		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
0-3 anos	4-7 anos	1,71	4,076	1,000	-10,24	13,66
	8-10 anos	3,33	4,507	1,000	-9,88	16,55
	11-19 anos	,00	4,210	1,000	-12,34	12,34
	20 ou mais anos	-,08	4,297	1,000	-12,68	12,51
4-7 anos	0-3 anos	-1,71	4,076	1,000	-13,66	10,24
	8-10 anos	1,63	2,718	1,000	-6,34	9,59
	11-19 anos	-1,71	2,191	1,000	-8,13	4,72
	20 ou mais anos	-1,79	2,354	1,000	-8,69	5,11
8-10 anos	0-3 anos	-3,33	4,507	1,000	-16,55	9,88

	4-7 anos	-1,63	2,718	1,000	-9,59	6,34
	11-19 anos	-3,33	2,914	1,000	-11,88	5,21
	20 ou mais anos	-3,42	3,038	1,000	-12,32	5,49
11-19 anos	0-3 anos	,00	4,210	1,000	-12,34	12,34
	4-7 anos	1,71	2,191	1,000	-4,72	8,13
	8-10 anos	3,33	2,914	1,000	-5,21	11,88
	20 ou mais anos	-,08	2,578	1,000	-7,64	7,48
20 ou mais anos	0-3 anos	,08	4,297	1,000	-12,51	12,68
	4-7 anos	1,79	2,354	1,000	-5,11	8,69
	8-10 anos	3,42	3,038	1,000	-5,49	12,32
	11-19 anos	,08	2,578	1,000	-7,48	7,64

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 44,313.

2.2.2. Post hoc Tests – Duração da Relação de Casal/Expressão Afetiva

Multiple Comparisons - Bonferroni

					95% Confidence Interval	
		Mean Difference				
(I) dur relacao categ (J) dur relacao categ		(I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
0-3 anos	4-7 anos	1,38	1,372	1,000	-2,65	5,40
	8-10 anos	2,50	1,517	1,000	-1,95	6,95
	11-19 anos	1,40	1,417	1,000	-2,75	5,55
	20 ou mais anos	-,08	1,446	1,000	-4,32	4,16
4-7 anos	0-3 anos	-1,38	1,372	1,000	-5,40	2,65
	8-10 anos	1,13	,915	1,000	-1,56	3,81
	11-19 anos	,03	,737	1,000	-2,14	2,19
	20 ou mais anos	-1,46	,792	,713	-3,78	,86
8-10 anos	0-3 anos	-2,50	1,517	1,000	-6,95	1,95
	4-7 anos	-1,13	,915	1,000	-3,81	1,56
	11-19 anos	-1,10	,981	1,000	-3,98	1,78
	20 ou mais anos	-2,58	1,023	,146	-5,58	,41
11-19 anos	0-3 anos	-1,40	1,417	1,000	-5,55	2,75
	4-7 anos	-,03	,737	1,000	-2,19	2,14

	8-10 anos	1,10	,981	1,000	-1,78	3,98
	20 ou mais anos	-1,48	,868	,933	-4,03	1,06
20 ou mais anos	0-3 anos	,08	1,446	1,000	-4,16	4,32
	4-7 anos	1,46	,792	,713	-,86	3,78
	8-10 anos	2,58	1,023	,146	-,41	5,58
	11-19 anos	1,48	,868	,933	-1,06	4,03

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 5,020.

2.3. Influência Estado de Saúde do Filho/Etapa do Ciclo Vital da Família na Percepção do Ajustamento Conjugal

2.3.1 *Post hoc Tests* – Etapa do Ciclo Vital da Família /Consenso Mútuo

Multiple Comparisons - Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) fase cv família	(J) fase cv família				Lower Bound	Upper Bound
filho inferior 6 A	filho 6-12A	4,81	2,992	,340	-2,57	12,20
	filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	-3,40	2,855	,716	-10,45	3,65
filho 6-12A	filho inferior 6 A	-4,81	2,992	,340	-12,20	2,57
	filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	-8,21*	3,139	,034	-15,96	-,46
filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	filho inferior 6 A	3,40	2,855	,716	-3,65	10,45
	filho 6-12A	8,21*	3,139	,034	,46	15,96

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 90,572.

*. The mean difference is significant at the 0,05 level.

2.3.2. Média das Ordens – Estado de Saúde Filho/Etapa do Ciclo Vital da Família

EAM Etapa do Ciclo Vital da Família		Ausência de Doença Crónica (cônjuges com filhos sem doença)			Presença de Doença Crónica (cônjuges com filhos com doença)		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N
Consenso Mútuo	Filho inferior 6 A	48,19	5,671	16	40,44	10,667	9
	Filho 6-12 A	51,60	12,542	5	36,00	10,260	12
	Filho 13A-sem nenhum filho fora de casa	47,67	12,923	9	49,73	7,458	11

2.3.3. *Post hoc Tests* – Etapa do Ciclo Vital da Família /Satisfação Mútua
Multiple Comparisons - Bonferroni

(I) fase cv família (J) fase cv família		Mean Differenc e (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
filho inferior 6 A	filho 6-12A	2,62	2,179	,705	-2,76	8,00
	filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	-1,66	2,080	1,000	-6,79	3,47
filho 6-12A	filho inferior 6 A	-2,62	2,179	,705	-8,00	2,76
	filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	-4,28	2,287	,200	-9,92	1,37
filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	filho inferior 6 A	1,66	2,080	1,000	-3,47	6,79
	filho 6-12A	4,28	2,287	,200	-1,37	9,92

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 48,061.

Anexo VI - Resultados - Funcionamento Conjugal

1. Influência do Estado de Saúde do Filho na Perceção do Funcionamento Conjugal

Teste *t-Student* (Variável Independente: Estado Saúde do Filho)

	<i>t-Student</i>		
	<i>t</i>	df	Sig. (2-tailed)
Aspetos da Personalidade	3,512	60	0,001
Comunicação	4,311	60	0,000
Resolução de Conflitos	3,545	57,213	0,001
Gestão Financeira	1,727	60	0,089
Atividades de Lazer	3,931	60	0,000
Relações Sexuais	2,603	51,220	0,012
Filhos e Casamento	3,766	60	0,000
Família e Amigos	2,956	60	0,004
Igualdade de Papéis	1,114	60	0,270
Orientação Religiosa	1,404	49,262	0,167
Idealização	2,035	60	0,046
Satisfação	4,055	60	0,000

Group Statistics

estado_saúde_filho		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
asp_person	ausência de doença crónica	30	33,17	6,889	1,258
	presença de doença crónica	32	26,34	8,292	1,466
comunic	ausência de doença crónica	30	37,17	6,706	1,224
	presença de doença crónica	32	28,97	8,142	1,439
reso_conf	ausência de doença crónica	30	31,47	4,790	,875
	presença de doença crónica	32	26,34	6,414	1,134
gest_fin	ausência de doença crónica	30	33,30	6,052	1,105
	presença de doença crónica	32	30,25	7,696	1,360
act_lazer	ausência de doença crónica	30	32,90	5,886	1,075
	presença de doença crónica	32	26,88	6,163	1,089
rel_sex	ausência de doença crónica	30	35,23	5,444	,994
	presença de doença crónica	32	30,31	9,096	1,608
filho_casam	ausência de doença crónica	30	36,37	5,505	1,005
	presença de doença crónica	32	30,59	6,485	1,146
fam_amig	ausência de doença crónica	30	32,20	5,378	,982

	presença de doença crónica	32	27,84	6,165	1,090
igual_pap	ausência de doença crónica	30	40,90	6,769	1,236
	presença de doença crónica	32	39,22	5,040	,891
orient_relig	ausência de doença crónica	30	27,50	7,431	1,357
	presença de doença crónica	32	25,25	4,826	,853
idealiz	ausência de doença crónica	30	18,27	4,110	,750
	presença de doença crónica	32	15,56	6,090	1,077
satisf	ausência de doença crónica	30	37,97	7,107	1,298
	presença de doença crónica	32	30,53	7,313	1,293

2. Influência Estado Saúde do Filho/Variáveis Moderadoras na Perceção do Funcionamento Conjugal

Estado Saúde do Filho/Variáveis Moderadoras – Anova a dois fatores (Two-way)

Anova Two-way			Estado Saúde Filho-Sexo	Estado Saúde Filho-Meio	Estado Saúde Filho-Habilitações Literárias	Estado Saúde Filho-Duração da Relação de Casal	Estado Saúde Filho-Etapa do Ciclo Vital da Família
Funcionamento Conjugal	Aspetos da Personalidade	<i>F</i> <i>GL</i> <i>p</i>	6,991 1 0,011	0,149 2 0,862	1,083 4 0,374	5,152 4 0,001	12,593 2 0,000
	Comunicação	<i>F</i> <i>GL</i> <i>p</i>	6,482 1 0,014	0,308 2 0,736	1,481 4 0,221	3,628 4 0,011	6,569 2 0,003
	Resolução de Conflitos	<i>F</i> <i>GL</i> <i>p</i>	8,342 1 0,005	0,641 2 0,530	1,967 4 0,113	6,557 4 0,000	7,456 2 0,001
	Gestão Financeira	<i>F</i> <i>GL</i> <i>p</i>	6,557 1 0,013	0,683 2 0,509	1,341 4 0,267	2,639 4 0,044	1,288 2 0,284
	Atividades de Lazer	<i>F</i> <i>GL</i> <i>p</i>	6,263 1 0,015	0,789 2 0,459	1,461 4 0,227	2,435 4 0,059	3,549 2 0,035
	Relações Sexuais	<i>F</i> <i>GL</i> <i>p</i>	3,916 1 0,053	0,101 2 0,904	2,404 4 0,061	4,857 4 0,002	3,866 2 0,027
	Filhos e Casamento	<i>F</i> <i>GL</i> <i>p</i>	8,208 1 0,006	0,247 2 0,782	1,510 4 0,213	2,619 4 0,045	1,142 2 0,326
	Família e Amigos	<i>F</i> <i>GL</i> <i>p</i>	2,979 1 0,090	1,341 2 0,270	0,598 4 0,665	2,114 4 0,092	3,537 2 0,036

Igualdade de Papéis	<i>F</i> GL <i>p</i>	3,295 1 0,075	1,630 2 0,205	1,345 4 0,266	0,119 4 0,975	0,398 2 0,674
Orientação Religiosa	<i>F</i> GL <i>p</i>	0,639 1 0,427	1,199 2 0,309	0,422 4 0,792	1,907 4 0,123	1,622 2 0,333
Idealização	<i>F</i> GL <i>p</i>	0,062 1 0,804	0,269 2 0,765	0,101 4 0,982	2,645 4 0,044	2,360 2 0,104
Satisfação	<i>F</i> GL <i>p</i>	4,244 1 0,044	0,489 2 0,616	1,890 4 0,126	3,903 4 0,008	4,607 2 0,014

2.1. Influência Estado Saúde do Filho/Sexo na Percepção do Funcionamento Conjugal

2.1.1 Média das Ordens – Estado de Saúde Filho/Sexo

ENRICH Sexo		Ausência de Doença Crônica (cônjuges com filhos sem doença)			Presença de Doença Crônica (cônjuges com filhos com doença)		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N
Aspetos da Personalidade	Feminino	33,83	7,610	18	23,91	6,374	23
	Masculino	32,17	5,813	12	32,56	9,710	9
Comunicação	Feminino	38,39	7,815	18	27,04	7,233	23
	Masculino	35,33	4,250	12	33,89	8,667	9
Resolução de Conflitos	Feminino	32,28	5,154	18	24,57	5,639	23
	Masculino	30,25	4,093	12	30,89	6,294	9
Gestão Financeira	Feminino	34,61	5,326	18	28,57	7,621	23
	Masculino	31,33	6,760	12	34,56	6,386	9
Atividades de Lazer	Feminino	34,44	6,090	18	25,74	5,801	23
	Masculino	30,58	4,926	12	29,78	6,438	9
Filhos e Casamento	Feminino	37,11	6,125	18	28,65	5,797	23
	Masculino	35,25	4,434	12	35,56	5,659	9

Satisfação	Feminino	50,00	11,458	18	28,78	6,557	23
	Masculino	46,50	4,079	12	35,00	7,599	9

2.2. Influência Estado de Saúde do Filho/Duração da Relação de Casal na Percepção do Funcionamento Conjugal

2.2.1 *Post hoc Tests* – Duração da Relação de Casal/Aspetos da Personalidade

Multiple Comparisons - Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
(I) dur relacao categ	(J) dur relacao categ	(I-J)	Std. Error	Sig.	Bound	Bound
0-3 anos	4-7 anos	4,71	4,123	1,000	-7,38	16,80
	8-10 anos	4,79	4,558	1,000	-8,57	18,15
	11-19 anos	3,27	4,258	1,000	-9,22	15,75
	20 ou mais anos	4,08	4,346	1,000	-8,66	16,82
4-7 anos	0-3 anos	-4,71	4,123	1,000	-16,80	7,38
	8-10 anos	,08	2,749	1,000	-7,97	8,14
	11-19 anos	-1,44	2,216	1,000	-7,94	5,06
	20 ou mais anos	-,63	2,380	1,000	-7,60	6,35
8-10 anos	0-3 anos	-4,79	4,558	1,000	-18,15	8,57
	4-7 anos	-,08	2,749	1,000	-8,14	7,97
	11-19 anos	-1,52	2,948	1,000	-10,17	7,12
	20 ou mais anos	-,71	3,073	1,000	-9,72	8,30
11-19 anos	0-3 anos	-3,27	4,258	1,000	-15,75	9,22
	4-7 anos	1,44	2,216	1,000	-5,06	7,94
	8-10 anos	1,52	2,948	1,000	-7,12	10,17
	20 ou mais anos	,82	2,608	1,000	-6,83	8,46
20 ou mais anos	0-3 anos	-4,08	4,346	1,000	-16,82	8,66
	4-7 anos	,63	2,380	1,000	-6,35	7,60
	8-10 anos	,71	3,073	1,000	-8,30	9,72
	11-19 anos	-,82	2,608	1,000	-8,46	6,83

2.2.2. *Post hoc Tests* – Duração da Relação de Casal/Comunicação

Multiple Comparisons - Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) dur relacao categ (J) dur relacao categ					Lower Bound	Upper Bound
0-3 anos	4-7 anos	9,33	3,981	,229	-2,34	21,01
	8-10 anos	4,92	4,402	1,000	-7,99	17,82
	11-19 anos	6,47	4,112	1,000	-5,59	18,52
	20 ou mais anos	4,75	4,197	1,000	-7,55	17,05
4-7 anos	0-3 anos	-9,33	3,981	,229	-21,01	2,34
	8-10 anos	-4,42	2,654	1,000	-12,20	3,36
	11-19 anos	-2,87	2,140	1,000	-9,14	3,41
	20 ou mais anos	-4,58	2,299	,514	-11,32	2,16
8-10 anos	0-3 anos	-4,92	4,402	1,000	-17,82	7,99
	4-7 anos	4,42	2,654	1,000	-3,36	12,20
	11-19 anos	1,55	2,846	1,000	-6,79	9,89
	20 ou mais anos	-,17	2,968	1,000	-8,87	8,53
11-19 anos	0-3 anos	-6,47	4,112	1,000	-18,52	5,59
	4-7 anos	2,87	2,140	1,000	-3,41	9,14
	8-10 anos	-1,55	2,846	1,000	-9,89	6,79
	20 ou mais anos	-1,72	2,518	1,000	-9,10	5,67
20 ou mais anos	0-3 anos	-4,75	4,197	1,000	-17,05	7,55
	4-7 anos	4,58	2,299	,514	-2,16	11,32
	8-10 anos	,17	2,968	1,000	-8,53	8,87
	11-19 anos	1,72	2,518	1,000	-5,67	9,10

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 42,270.

2.2.3. *Post hoc Tests* – Duração da Relação de Casal/Resolução de Conflitos

Multiple Comparisons - Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) dur relacao categ (J) dur relacao categ					Lower Bound	Upper Bound

0-3 anos	4-7 anos	6,42	2,913	,321	-2,12	14,96
	8-10 anos	5,63	3,220	,866	-3,82	15,07
	11-19 anos	5,07	3,008	,981	-3,75	13,89
	20 ou mais anos	3,83	3,070	1,000	-5,17	12,84
4-7 anos	0-3 anos	-6,42	2,913	,321	-14,96	2,12
	8-10 anos	-,79	1,942	1,000	-6,48	4,90
	11-19 anos	-1,35	1,566	1,000	-5,94	3,24
	20 ou mais anos	-2,58	1,682	1,000	-7,51	2,35
8-10 anos	0-3 anos	-5,63	3,220	,866	-15,07	3,82
	4-7 anos	,79	1,942	1,000	-4,90	6,48
	11-19 anos	-,56	2,082	1,000	-6,66	5,55
	20 ou mais anos	-1,79	2,171	1,000	-8,16	4,57
11-19 anos	0-3 anos	-5,07	3,008	,981	-13,89	3,75
	4-7 anos	1,35	1,566	1,000	-3,24	5,94
	8-10 anos	,56	2,082	1,000	-5,55	6,66
	20 ou mais anos	-1,23	1,842	1,000	-6,63	4,17
20 ou mais anos	0-3 anos	-3,83	3,070	1,000	-12,84	5,17
	4-7 anos	2,58	1,682	1,000	-2,35	7,51
	8-10 anos	1,79	2,171	1,000	-4,57	8,16
	11-19 anos	1,23	1,842	1,000	-4,17	6,63

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 22,627.

2.2.4. *Post hoc Tests* – Duração da Relação de Casal/Gestão Financeira

Multiple Comparisons - Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
0-3 anos	4-7 anos	9,00	3,873	,241	-2,35	20,35
	8-10 anos	4,04	4,282	1,000	-8,51	16,59
	11-19 anos	8,60	4,000	,362	-3,13	20,33
	20 ou mais anos	4,42	4,082	1,000	-7,55	16,39
4-7 anos	0-3 anos	-9,00	3,873	,241	-20,35	2,35

	8-10 anos	-4,96	2,582	,603	-12,53	2,61
	11-19 anos	-,40	2,082	1,000	-6,50	5,70
	20 ou mais anos	-4,58	2,236	,454	-11,14	1,97
8-10 anos	0-3 anos	-4,04	4,282	1,000	-16,59	8,51
	4-7 anos	4,96	2,582	,603	-2,61	12,53
	11-19 anos	4,56	2,769	1,000	-3,56	12,68
	20 ou mais anos	,38	2,887	1,000	-8,09	8,84
11-19 anos	0-3 anos	-8,60	4,000	,362	-20,33	3,13
	4-7 anos	,40	2,082	1,000	-5,70	6,50
	8-10 anos	-4,56	2,769	1,000	-12,68	3,56
	20 ou mais anos	-4,18	2,449	,936	-11,36	3,00
20 ou mais anos	0-3 anos	-4,42	4,082	1,000	-16,39	7,55
	4-7 anos	4,58	2,236	,454	-1,97	11,14
	8-10 anos	-,38	2,887	1,000	-8,84	8,09
	11-19 anos	4,18	2,449	,936	-3,00	11,36

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 39,999.

2.2.5. Post hoc Tests – Duração da Relação de Casal/Relações Sexuais

Multiple Comparisons - Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) dur relacao categ	(J) dur relacao categ				Lower Bound	Upper Bound
0-3 anos	4-7 anos	6,88	4,026	,936	-4,93	18,68
	8-10 anos	2,21	4,450	1,000	-10,84	15,26
	11-19 anos	5,47	4,158	1,000	-6,72	17,66
	20 ou mais anos	1,92	4,243	1,000	-10,52	14,36
4-7 anos	0-3 anos	-6,88	4,026	,936	-18,68	4,93
	8-10 anos	-4,67	2,684	,880	-12,53	3,20
	11-19 anos	-1,41	2,164	1,000	-7,75	4,94
	20 ou mais anos	-4,96	2,324	,376	-11,77	1,86
8-10 anos	0-3 anos	-2,21	4,450	1,000	-15,26	10,84
	4-7 anos	4,67	2,684	,880	-3,20	12,53

	11-19 anos	3,26	2,878	1,000	-5,18	11,70
	20 ou mais anos	-,29	3,000	1,000	-9,09	8,50
11-19 anos	0-3 anos	-5,47	4,158	1,000	-17,66	6,72
	4-7 anos	1,41	2,164	1,000	-4,94	7,75
	8-10 anos	-3,26	2,878	1,000	-11,70	5,18
	20 ou mais anos	-3,55	2,546	1,000	-11,01	3,91
20 ou mais anos	0-3 anos	-1,92	4,243	1,000	-14,36	10,52
	4-7 anos	4,96	2,324	,376	-1,86	11,77
	8-10 anos	,29	3,000	1,000	-8,50	9,09
	11-19 anos	3,55	2,546	1,000	-3,91	11,01

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 43,213.

2.2.6. *Post hoc Tests* – Duração da Relação de Casal/Filhos e Casamento

Multiple Comparisons - Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) dur relacao categ (J) dur relacao categ					Lower Bound	Upper Bound
0-3 anos	4-7 anos	4,38	3,514	1,000	-5,93	14,68
	8-10 anos	2,79	3,885	1,000	-8,60	14,18
	11-19 anos	4,60	3,629	1,000	-6,04	15,24
	20 ou mais anos	,58	3,704	1,000	-10,28	11,44
4-7 anos	0-3 anos	-4,38	3,514	1,000	-14,68	5,93
	8-10 anos	-1,58	2,343	1,000	-8,45	5,28
	11-19 anos	,22	1,889	1,000	-5,31	5,76
	20 ou mais anos	-3,79	2,029	,673	-9,74	2,16
8-10 anos	0-3 anos	-2,79	3,885	1,000	-14,18	8,60
	4-7 anos	1,58	2,343	1,000	-5,28	8,45
	11-19 anos	1,81	2,512	1,000	-5,56	9,17
	20 ou mais anos	-2,21	2,619	1,000	-9,89	5,47
11-19 anos	0-3 anos	-4,60	3,629	1,000	-15,24	6,04
	4-7 anos	-,22	1,889	1,000	-5,76	5,31
	8-10 anos	-1,81	2,512	1,000	-9,17	5,56

	20 ou mais anos	-4,02	2,222	,765	-10,53	2,50
20 ou mais anos	0-3 anos	-,58	3,704	1,000	-11,44	10,28
	4-7 anos	3,79	2,029	,673	-2,16	9,74
	8-10 anos	2,21	2,619	1,000	-5,47	9,89
	11-19 anos	4,02	2,222	,765	-2,50	10,53

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 32,925.

2.2.7. *Post hoc Tests* – Duração da Relação de Casal/Idealização

Multiple Comparisons - Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) dur relacao categ (J) dur relacao categ					Lower Bound	Upper Bound
0-3 anos	4-7 anos	3,54	2,920	1,000	-5,02	12,10
	8-10 anos	3,88	3,229	1,000	-5,59	13,34
	11-19 anos	,20	3,016	1,000	-8,64	9,04
	20 ou mais anos	1,08	3,078	1,000	-7,94	10,11
4-7 anos	0-3 anos	-3,54	2,920	1,000	-12,10	5,02
	8-10 anos	,33	1,947	1,000	-5,37	6,04
	11-19 anos	-3,34	1,570	,380	-7,94	1,26
	20 ou mais anos	-2,46	1,686	1,000	-7,40	2,48
8-10 anos	0-3 anos	-3,88	3,229	1,000	-13,34	5,59
	4-7 anos	-,33	1,947	1,000	-6,04	5,37
	11-19 anos	-3,68	2,088	,843	-9,80	2,45
	20 ou mais anos	-2,79	2,177	1,000	-9,17	3,59
11-19 anos	0-3 anos	-,20	3,016	1,000	-9,04	8,64
	4-7 anos	3,34	1,570	,380	-1,26	7,94
	8-10 anos	3,68	2,088	,843	-2,45	9,80
	20 ou mais anos	,88	1,847	1,000	-4,53	6,30
20 ou mais anos	0-3 anos	-1,08	3,078	1,000	-10,11	7,94
	4-7 anos	2,46	1,686	1,000	-2,48	7,40
	8-10 anos	2,79	2,177	1,000	-3,59	9,17
	11-19 anos	-,88	1,847	1,000	-6,30	4,53

2.2.8. Post hoc Tests – Duração da Relação de Casal/Satisfação

Multiple Comparisons - Bonferroni

(I) dur relacao categ	(J) dur relacao categ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
0-3 anos	4-7 anos	9,17	3,817	,199	-2,02	20,36
	8-10 anos	5,29	4,220	1,000	-7,08	17,66
	11-19 anos	6,40	3,942	1,000	-5,16	17,96
	20 ou mais anos	3,92	4,024	1,000	-7,88	15,71
4-7 anos	0-3 anos	-9,17	3,817	,199	-20,36	2,02
	8-10 anos	-3,88	2,545	1,000	-11,34	3,59
	11-19 anos	-2,77	2,052	1,000	-8,78	3,25
	20 ou mais anos	-5,25	2,204	,209	-11,71	1,21
8-10 anos	0-3 anos	-5,29	4,220	1,000	-17,66	7,08
	4-7 anos	3,88	2,545	1,000	-3,59	11,34
	11-19 anos	1,11	2,729	1,000	-6,89	9,11
	20 ou mais anos	-1,37	2,845	1,000	-9,72	6,97
11-19 anos	0-3 anos	-6,40	3,942	1,000	-17,96	5,16
	4-7 anos	2,77	2,052	1,000	-3,25	8,78
	8-10 anos	-1,11	2,729	1,000	-9,11	6,89
	20 ou mais anos	-2,48	2,414	1,000	-9,56	4,59
20 ou mais anos	0-3 anos	-3,92	4,024	1,000	-15,71	7,88
	4-7 anos	5,25	2,204	,209	-1,21	11,71
	8-10 anos	1,37	2,845	1,000	-6,97	9,72
	11-19 anos	2,48	2,414	1,000	-4,59	9,56

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 38,857.

2.3. Influência Estado de Saúde do Filho/Etapa do Ciclo Vital da Família na Percepção do Funcionamento Conjugal

2.3.1 *Post hoc Tests* – Etapa do Ciclo Vital da Família /Aspetos da Personalidade

Multiple Comparisons - Bonferroni

(I) fase cv família	(J) fase cv família	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
filho inferior 6 A	filho 6-12A	4,13	2,030	,140	-,88	9,14
	filho 13A- sem nenhum	-,55	1,937	1,000	-5,33	4,23
	filho fora de casa					
filho 6-12A	filho inferior 6 A	-4,13	2,030	,140	-9,14	,88
	filho 13A- sem nenhum	-4,68	2,130	,097	-9,94	,58
	filho fora de casa					
filho 13A- sem nenhum	filho inferior 6 A	,55	1,937	1,000	-4,23	5,33
	filho fora de casa					
filho fora de casa	filho 6-12A	4,68	2,130	,097	-,58	9,94

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 41,699.

2.3.2. *Post hoc Tests* – Etapa do Ciclo Vital da Família /Comunicação

Multiple Comparisons - Bonferroni

(I) fase cv família	(J) fase cv família	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
filho inferior 6 A	filho 6-12A	2,74	2,109	,597	-2,46	7,95
	filho 13A- sem nenhum	-2,75	2,013	,532	-7,72	2,22
	filho fora de casa					
filho 6-12A	filho inferior 6 A	-2,74	2,109	,597	-7,95	2,46
	filho 13A- sem nenhum	-5,49*	2,213	,048	-10,95	-,03
	filho fora de casa					
filho 13A- sem nenhum	filho inferior 6 A	2,75	2,013	,532	-2,22	7,72
	filho fora de casa					
filho fora de casa	filho 6-12A	5,49*	2,213	,048	,03	10,95

2.3.2.1. Média das Ordens – Estado de Saúde Filho/Etapa do Ciclo Vital da Família

ENRICH Etapa do Ciclo Vital da Família	Ausência de Doença Crónica (cônjuges com filhos sem doença)			Presença de Doença Crónica (cônjuges com filhos com doença)		
	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N
Filho inferior 6 A	37,63	5,784	16	24,22	6,942	9
Comunicação Filho 6-12 A	39,00	3,536	5	26,33	6,555	12
Filho 13A-sem nenhum filho fora de casa	35,33	9,367	9	35,73	6,389	11

2.3.3. *Post hoc Tests* – Etapa do Ciclo Vital da Família /Resolução de Conflitos*Multiple Comparisons - Bonferroni*

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) fase cv família	(J) fase cv família				Lower Bound	Upper Bound
filho inferior 6 A	filho 6-12A	1,50	1,605	1,000	-2,46	5,47
	filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	-1,72	1,532	,799	-5,50	2,06
filho 6-12A	filho inferior 6 A	-1,50	1,605	1,000	-5,47	2,46
	filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	-3,22	1,684	,182	-7,38	,93
filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	filho inferior 6 A	1,72	1,532	,799	-2,06	5,50
	filho 6-12A	3,22	1,684	,182	-,93	7,38

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 26,074.

2.3.4. *Post hoc Tests* – Etapa do Ciclo Vital da Família /Atividades de Lazer*Multiple Comparisons - Bonferroni*

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) fase cv família	(J) fase cv família				Lower Bound	Upper Bound

filho inferior 6 A	filho 6-12A	2,15	1,797	,708	-2,28	6,59
	filho 13A- sem nenhum	-1,80	1,715	,895	-6,03	2,43
	filho fora de casa					
filho 6-12A	filho inferior 6 A	-2,15	1,797	,708	-6,59	2,28
	filho 13A- sem nenhum	-3,95	1,886	,122	-8,61	,70
	filho fora de casa					
filho 13A- sem nenhum	filho inferior 6 A	1,80	1,715	,895	-2,43	6,03
	filho fora de casa	3,95	1,886	,122	-,70	8,61

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 32,682.

2.3.5. *Post hoc Tests* – Etapa do Ciclo Vital da Família /Relações Sexuais

Multiple Comparisons - Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) fase cv família	(J) fase cv família				Lower Bound	Upper Bound
filho inferior 6 A	filho 6-12A	2,97	2,209	,552	-2,48	8,42
	filho 13A- sem nenhum	-2,94	2,108	,506	-8,14	2,26
	filho fora de casa					
filho 6-12A	filho inferior 6 A	-2,97	2,209	,552	-8,42	2,48
	filho 13A- sem nenhum	-5,91 [*]	2,318	,041	-11,63	-,19
	filho fora de casa					
filho 13A- sem nenhum	filho inferior 6 A	2,94	2,108	,506	-2,26	8,14
	filho fora de casa	5,91 [*]	2,318	,041	,19	11,63

2.3.5.1. Média das Ordens – Estado de Saúde Filho/Etapa do Ciclo Vital da Família

ENRICH Etapa do Ciclo Vital da Família	Ausência de Doença Crônica (cônjuges com filhos sem doença)			Presença de Doença Crônica (cônjuges com filhos com doença)		
	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N
Filho inferior 6 A	36,00	5,526	16	26,44	10,014	9

Relações	Filho 6-12 A	34,40	5,857	5	27,58	7,982	12
Sexuais	Filho 13A-sem nenhum filho fora de casa	34,33	5,523	9	36,45	6,502	11

2.3.6. Post hoc Tests – Etapa do Ciclo Vital da Família /Família e Amigos

Multiple Comparisons - Bonferroni

(I) fase cv família	(J) fase cv família	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
filho inferior 6 A	filho 6-12A	3,66	1,708	,110	-,56	7,87
	filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	-1,10	1,630	1,000	-5,12	2,92
filho 6-12A	filho inferior 6 A	-3,66	1,708	,110	-7,87	,56
	filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	-4,76*	1,792	,031	-9,18	-,34
filho 13A- sem nenhum filho fora de casa	filho inferior 6 A	1,10	1,630	1,000	-2,92	5,12
	filho 6-12A	4,76*	1,792	,031	,34	9,18

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 29,518.

*. The mean difference is significant at the 0,05 level.

2.3.6.1. Média das Ordens – Estado de Saúde Filho/Etapa do Ciclo Vital da Família

ENRICH Etapa do Ciclo Vital da Família		Ausência de Doença Crónica (cônjuges com filhos sem doença)			Presença de Doença Crónica (cônjuges com filhos com doença)		
		Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N
Família e Amigos	Filho inferior 6 A	32,94	3,974	16	26,44	6,085	9
	Filho 6-12 A	32,00	4,000	5	24,83	4,448	12
	Filho 13A-sem nenhum filho fora de casa	31,00	8,031	9	32,27	6,502	11

2.3.7. *Post hoc Tests* – Etapa do Ciclo Vital da Família /Satisfação
Multiple Comparisons - Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) fase cv família	(J) fase cv família				Lower Bound	Upper Bound
filho inferior 6 A	filho 6-12A	2,79	2,098	,569	-2,39	7,96
	filho 13A- sem nenhum	-2,52	2,002	,640	-7,46	2,42
	filho fora de casa					
filho 6-12A	filho inferior 6 A	-2,79	2,098	,569	-7,96	2,39
	filho 13A- sem nenhum	-5,31	2,201	,058	-10,74	,13
	filho fora de casa					
filho 13A- sem nenhum	filho inferior 6 A	2,52	2,002	,640	-2,42	7,46
	filho fora de casa	5,31	2,201	,058	-,13	10,74

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 44,520.

Anexo VII - Resultados para a subamostra *conjuges com filhos com doença crónica:*
Ajustamento Conjugal

1. Influência das Variáveis Moderadoras na Percepção do Ajustamento Conjugal

Variáveis Moderadoras – *Anova a um fator (One-way)*

<i>Anova One-way</i>			Fase Psicossocial da Doença	Gravidade Percebida da Doença
Ajustamento Conjugal	Consenso Mútuo	<i>F</i>	0,428	0,399
		<i>GL</i>	1	2
		<i>p</i>	0,518	0,675
	Satisfação Mútua	<i>F</i>	7,909	0,719
		<i>GL</i>	1	2
		<i>p</i>	0,009	0,496
	Coesão Mútua	<i>F</i>	1,663	0,579
		<i>GL</i>	1	2
		<i>p</i>	0,207	0,567
	Expressão Afetiva	<i>F</i>	1,552	1,335
		<i>GL</i>	1	2
		<i>p</i>	0,223	0,279

2. Influência da Fase Psicossocial da Doença na Percepção do Ajustamento Conjugal

2.1. Média das Ordens – Fase Psicossocial da Doença

EAM	Fase Crise			Fase Crónica		
	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N
Satisfação Mútua	27,00	5,425	8	34,46	6,789	24

Anexo VIII - Resultados para a subamostra *cônjuges com filhos com doença crónica: Funcionamento Conjugal*

1. Influência das Variáveis Moderadoras na Percepção do Funcionamento Conjugal

Variáveis Moderadoras – Anova a um fator (One-way)

Anova One-Way			Fase Psicossocial da Doença	Gravidade Percebida da Doença
Funcionamento Conjugal	Aspetos da Personalidade	<i>F</i>	4,230	0,424
		GL	1	2
		<i>p</i>	0,049	0,659
	Comunicação	<i>F</i>	9,181	0,032
		GL	1	2
		<i>p</i>	0,005	0,969
	Resolução de Conflitos	<i>F</i>	11,297	0,660
		GL	1	2
		<i>p</i>	0,002	0,524
	Gestão Financeira	<i>F</i>	6,757	1,311
		GL	1	2
		<i>p</i>	0,014	0,285
	Atividades de Lazer	<i>F</i>	1,442	0,733
		GL	1	2
		<i>p</i>	0,239	0,489
	Relações Sexuais	<i>F</i>	7,852	1,348
		GL	1	2
		<i>p</i>	0,009	0,275
	Filhos e Casamento	<i>F</i>	1,747	1,609
		GL	1	2
		<i>p</i>	0,196	0,217

Família e Amigos	<i>F</i> GL <i>p</i>	0,706 1 0,407	1,433 2 0,255
Igualdade de Papéis	<i>F</i> GL <i>p</i>	0,115 1 0,737	0,251 2 0,780
Orientação Religiosa	<i>F</i> GL <i>p</i>	2,144 1 0,153	0,717 2 0,497
Idealização	<i>F</i> GL <i>p</i>	7,680 1 0,009	0,315 2 0,733
Satisfação	<i>F</i> GL <i>p</i>	5,173 1 0,030	2,784 2 0,078

2. Influência da Fase Psicossocial da Doença na Perceção do Funcionamento Conjugal

2.1. Média das Ordens – Fase Psicossocial da Doença

ENRICH	Fase Crise			Fase Crónica		
	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N
Aspetos da Personalidade	21,38	5,975	8	28,00	8,387	24
Comunicação	22,25	4,234	8	31,21	7,934	24
Resolução de Conflitos	20,63	3,021	8	28,25	6,124	24
Gestão Financeira	24,63	6,781	8	32,13	7,152	24
Relações Sexuais	23,25	6,756	8	32,67	8,631	24
Idealização	10,88	2,167	8	17,13	6,195	24
Satisfação	25,75	5,676	8	32,13	7,189	24